

Вх. № Дата: ден, месец, година	ДО ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:
ЗАЯВЛЕНИЕ	
От: (трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)	
представляващ лечебно заведение: (наименование на лечебното заведение)	
Рег. № , с адрес: 	
телефони за връзка: , e-mail: 	
УВАЖАЕМИ Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР, Моля, на основание чл. 81, ал. 2 от Закона за лечебните заведения, да бъде издадено Удостоверение за недостатъчност, необходимо за сключване на договор с НЗОК за осъществяване на пакет извънболнична медицинска помощ от следните лекари-специалисти:	
 (трите имена)	- (специалност за договор със СЗОК)
 (длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)	- УИН
 (трите имена)	- (специалност за договор със СЗОК)
 (длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)	- УИН
 (трите имена)	- (специалност за договор със СЗОК)
 (длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)	- УИН
Прилагам: ☐ Документ, удостоверяващ, че лицето работи в ЛЗ за БП или становище от ръководителя на лечебното заведение за болнична помощ. ☐ График за работа на съответния лекар/лекар по дентална медицина и декларация за минимален брой часове, в които ще работи в лечебното заведение за специализирана извънболнична помощ, но не по-малко от 10 часа седмично. Забележка: При подаване на заявлението в РЗИ може да бъде поискан допълнително документ за призната специалност на лекарите, които ще работят в лечебното заведение.	
Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен: ☐ Чрез лицензиран пощенски оператор (куриерска услуга) на адрес: ☐ Лично от звеното за административно обслужване ☐ Чрез Системата за сигурно електронно връчване ☐ По електронен път на електронна поща 	
Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване на законово регламентирани функции. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на поправка на данните	

Дата:

Подпис: