Вх. № .....

Дата: .....
ден, месец, година

ДО
МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ЧРЕЗ ДИРЕКТОРА
НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:
.....

ЗАЯВЛЕНИЕ

за уведомяване за промени по извършената регистрация и във вписаните обстоятелства в разрешението за осъществяване на лечебна дейност

От _____

(трите имена на лицето/лицата, представляващо/и лечебното заведение)

с адрес за кореспонденция: _____

тел. за връзка _____

На основание чл. 50, ал. 1 и/или ал. 2 от Закона за лечебните заведения заявявам следните промени по извършената регистрация и/или във вписаните обстоятелства в разрешение за осъществяване на лечебна дейност № _____, издадено на

_____

(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация)

ЕИК | | | | | | | | | | | | | |

1. Промяна по чл. 50, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, както следва:
(седалище, капитал, член на управителен или контролен орган, име от документа за самоличност на член на управителен или контролен орган на лечебното заведение)

_____

_____

2. Промяна по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения, както следва:
(наименованието на лечебното заведение по търговска регистрация; единен идентификационен код или единен регистрационен номер; дейностите съответно по чл. 19, ал. 1, чл. 26, 26а, 26б, 27, 28а, 28б и по чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето; нивото на компетентност на структурите; медицинските специалности, по които се осъществява дейността; клиниките и отделенията, в които се осъществява дейността, както и клинико-диагностичните структури, с техните нива на компетентност; адресът, на който се осъществява дейността)

_____

_____

(съответните промени се записват изчерпателно, включително адреса, на който се извършват)

Представят се само документи относно промяната и такива, чийто срок на валидност е изтекъл, придружени с декларация за липсата на промяна във всички останали документи и обстоятелства.

Приложения:

- ☐ Документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава - за дружествата, регистрирани в държава - членка на Европейския съюз, или в държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство;
- ☐ Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение;
- ☐ Диплома за съответното висше образование на лицата, управляващи лечебното заведение, а за лицата по чл. 63, ал. 1, съответно и диплома, свидетелство или удостоверение за квалификация по здравен мениджмънт или диплома, или свидетелство за придобита образователна и/или научна степен, специалност или преминато обучение за повишаване на квалификацията по чл. 43 от Закона за висшето образование в областта на здравния мениджмънт;
- ☐ Данните от документа за самоличност - за членовете на управителните и контролните органи на лечебното заведение;
- ☐ Стандартните оперативни процедури, които съдържат подробни писмени описания на последователността и начина на извършване на дейностите по трансплантация за всеки специфичен процес, материалите и методите, които ще се използват, и очаквания резултат - за тъканните банки;
- ☐ Декларация по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения.

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 _____

Дата: _____ Подпис: _____

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения

От _____

_____

(трите имена на лицето/лицата, представляващо/и лечебното заведение)

Изпълнителен директор/Управител на: _____

_____

(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация)

ЕИК | | | | | | | | | | | | |

с адрес за кореспонденция: _____

_____

Декларирам, че липсва промяна във всички останали документи и обстоятелства, освен заявените и удостоверени нови обстоятелства. Известна ми е наказателната отговорност за деклариране на неверни данни, съгласно чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата: _____ Подпис: _____