**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

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

От……………………………………….……………………………….……...........

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

*(трите имена на лицето/лицата представляващо/и лечебното завадение)*

Изпълнителен директор/Управител на:……………………………………………………….……..

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

*(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация )*

ЕИК...................................................

седалище и адрес на управление :........................................................................................................

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

Декларатор: ……………………………....

Дата………………  *(подпис)*

гр. ………………..