

ЧРЕЗ
ДИРЕКТОРА НА
РЗИ :

ДО
ДИРЕКТОРА НА
ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ
«МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР»
гр. София, ул. «Св. Г. Софийски» № 3

ЗАЯВЛЕНИЕ

От: _____
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

Адрес : _____

л.к. № _____ издадена на _____ от: _____

ЕГН _____ телефон/и за контакти _____ e-mail: _____

чрез пълномощник _____

УВАЖАЕМА/УВАЖАЕМИ Г-ЖО/Г-Н ДИРЕКТОР,

Моля, на основание чл. 39 и чл. 40 от Закона за лечебните заведения да регистрирате в Изпълнителна агенция „Медицински надзор“

I. _____
(наименование на лечебното заведение)

с ЕИК/код по БУЛСТАТ _____

и адреси на осъществяване на дейност:

1. _____

2. _____

+	-
---	---

(посочват се пълни административни адреси, при необходимост се добавят допълнителни редове)

телефон/и на лечебното заведение _____

e-mail: _____

като:

- амбулатория за първична медицинска помощ – индивидуална практика за първична медицинска помощ
- амбулатория за първична медицинска помощ - групова практика за първична медицинска помощ
- амбулатория за първична медицинска помощ – индивидуална практика за първична дентална помощ
- амбулатория за първична медицинска помощ - групова практика за първична дентална помощ
- амбулатории за специализирана медицинска помощ - индивидуална практика за специализирана медицинска помощ
- амбулатория за специализирана медицинска помощ - групова практика за специализирана помощ
- амбулатории за специализирана медицинска помощ - индивидуална практика за специализирана дентална помощ

- амбулатория за специализирана медицинска помощ - групова практика за дентална помощ
- медицински център
- медико-дентален център
- диагностично-консултативен център
- самостоятелна медико-диагностична лаборатория
- самостоятелна медико-техническа лаборатория
- дентален център
- амбулатория за здравни грижи – индивидуална практика за здравни грижи
- амбулатория за здравни грижи – групова практика за здравни грижи
- хоспис

по следните медицински специалности:

II. В лечебното заведение ще се извършват:

следните дейности по вземане и присаждане на тъкани и клетки, съгласно ЗТОТК/Асистирана репродукция по чл. 131, ал. 1 от ЗЗ:

1.

2.

3.

III. В лечебното заведение ще се извършват:

- клинични изпитвания на лекарствени продукти
- обучение на студенти и следдипломно обучение на медицински специалисти
- научна дейност
- предоставят социални услуги и интегрирани здравно-социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги

IV. В лечебното заведение са разкрити:

_____ бр. легла за наблюдение и лечение до 48 часа (не повече от 10)

_____ бр. легла за наблюдение и лечение до 48 часа за целите на провеждани клинични изпитвания на лекарствени продукти в диагностично-консултативните центрове (не повече от 5)

V. В лечебното заведение работят следните лекари (посочват се УИН и специалност):

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен

чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: гр./с. _____

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели. Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

като вътрешна препоръчана пощенска пратка

като вътрешна куриерска пратка

като международна препоръчана пощенска пратка

по електронен път на електронен адрес: _____

лично от звеното за административно обслужване при съответното РЗИ

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;

списъци на електронен и хартиен носител по образец № Обр. ИАМН/РРЛЗ 24-08 с декларативен характер;

дипломата за съответното висше образование на лицата, които ще управляват, съответно ще работят в лечебното заведение;

документ за призната специалност на лицата, които ще ръководят, съответно ще работят в лечебното заведение, вкл. списък на лекарите, съдържащ трите имена, уникален идентификационен код и придобита специалност, а в случаите по чл. 14а от ЗЛЗ – документ, че лицето е прието за обучение за придобиване на специалност „Обща медицина“;

копие на трудов/граждански/друг вид договор относно правоотношенията на лицата които ще ръководят, съответно ще работят в лечебното заведение;

свидетелство за съдимост или аналогичен документ - за лицата, членове на управителните и контролните органи на лечебното заведение, които не са български граждани;

декларация за липсата на промяна във всички останали документи и обстоятелства (*ПРИЛАГА СЕ ЗАДЪЛЖИТЕЛНО*);

документ за платена такса по чл. 41, ал. 4 от ЗЛЗ, както и по чл. 46 от Закона за здравето, внесена по банкова сметка на ИАМН: **BG61 BNBG 9661 3100 1301 01** -транзитна сметка. Банковият идентификационен код /BIC/ на БНБ е **BNBGBGSD**.

в случаите, когато лечебното заведение ще извършва вземане и присаждане на тъкани и клетки, документ за платена такса документ за платена такса за извършване на дейности по чл. 13, ал. 2 от Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки и/или дейности по чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето.

Дата: _____

Подпис: _____

Уникален номер на заявката: _____