

Изм. № _____ / _____

(на лечебното заведение)

(наименование на лечебното заведение)

Адрес _____

тел.: _____

e-mail: _____

Вх. № _____ / _____

**ДО ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ
"МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР"**

София, п.к. 1606,
ул. "Св. Георги Софийски" № 3;
тел.: (02) 80 50 433;
Факс: (02) 80 50 452;
e-mail: transplant@iamn.bg

**ЗАЯВЛЕНИЕ
ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ, ЗА КОИТО Е УДОСТОВЕРЕНА
НЕВЪЗМОЖНОСТ ЗА ИЗПОЛЗВАНЕ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ**

На основание чл. 4, ал. 3 от Наредба № 12 от 15 април 2004 г. за условията и реда за предоставяне на органи, тъкани и клетки, които не могат да се използват за трансплантация по медицински причини, но могат да се предоставят за други лечебни, диагностични и научно-медицински цели.

Заявявам нуждата от:

1. Органи

(Вид, бройка)

2. Тъкани

(Вид на тъканта, бройка)

3. Клетки

(Вид на клетките, бройка-където е приложимо)

Приложения:

1. Заверено копие от Разрешение за дейност от Министерството на здравеопазването, в което са упоменати дейностите: предоставяне за **диагностични и/или научно-медицински цели**.

Желая да получа искания документ по следния начин моля, отбележете Вашето желание:

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

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му като вътрешна пощенска пратка. Документът 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;

Дата: _____

Изготвил: _____

Уникален номер на заявката: _____