

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: _____

Уникален номер на заявката:

Версия 1

Дата на създаване 12.05.2022 г.

Служи за уникално идентифициране на услугата при последващите действия по нейната обработка, заплащане и доставка (генерира се автоматично при избор на дата)

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: _____