

Вх. № .....

Дата: .....  
*ден, месец, година*

**ДО  
ИЗП.ДИРЕКТОР НА  
ИА „МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР“  
ЧРЕЗ ДИРЕКТОРА  
НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:**

### ЗАЯВЛЕНИЕ

**за издаване на удостоверение за спазване на здравните изисквания и утвърдените медицински стандарти за извършване на регистрация на лечебни заведения за извънболнична помощ и хосписите**

От .....  
*(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)*

ЕГН | | | | | | | | | |

адрес за кореспонденция: .....

телефон за връзка: ....., e-mail: .....

чрез пълномощник: .....

**УВАЖАЕМИ 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.

Добави

Премахни

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;

- самостоятелни 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;
- друго \_\_\_\_\_

по следните медицински специалности:

Лечебното заведение ще извършва следните дейности по вземане и присаждане на тъкани и клетки, съгласно ЗТОТК:

**II. В лечебното заведение са разкрити следните подвижни структури:**

*(изрично се посочват и дейностите, които се извършват от подвижните структури)*

**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):**

**Приложения (прилагат се само документите, за които има настъпила промяна):**

- 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;
- списък с имената на лицата - съдружници или акционери в дружеството или членове на кооперацията, учредяващи групова практика;
- дипломата за съответното висше образование на лицата, които ще управляват, съответно ще работят в

лечебното заведение \_\_\_\_\_ бр.

- документ за призната специалност на лицата, които ще ръководят, съответно ще работят в лечебното заведение, а в случаите по чл. 14а от ЗЛЗ – документ, че лицето е прието за обучение за придобиване на специалност

„Обща медицина” \_\_\_\_\_ бр.

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

**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 \_\_\_\_\_

Декларирам, че предоставям доброволно и давам своето съгласие РЗИ да обработва, съхранява и архивира личните ми данни, с цел осъществяване на законово регламентирани функции на инспекцията, съгласно разпоредбите на ЗЗЛД.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпис: \_\_\_\_\_

Уникален номер на заявката: