

Вх. №

Дата:

ден, месец, година

ДО ДИРЕКТОРА

НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

представляващ лечебно заведение : _____
(наименование на лечебното заведение)

Рег. № _____, с адрес: _____

телефони за връзка: _____, e-mail: _____

УВАЖАЕМИ Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Моля, на основание чл. 81, ал. 1, т. 1, от Закона за лечебните заведения, да ми бъде издадено Удостоверение за недостатъчност, необходимо за сключване на договор с НЗОК за осъществяване на пакет извънболнична медицинска помощ по специалността:

в извън установеното ми работно време по трудов договор като: _____

в _____
(име на лечебното заведение за болнична помощ)

Прилагам:

Документ, удостоверяващ, че лицето работи в ЛЗ за БП или становище от ръководителя на лечебното заведение за болнична помощ.

График за работа на съответния лекар/лекар по дентална медицина и декларация за минимален брой часове, в които ще работи в лечебното заведение за специализирана извънболнична помощ, но не по-малко от 10 часа седмично.

Забележка: При подаване на заявлението в РЗИ може да бъде поискан допълнително документ за призната специалност на лекарите, които ще работят в лечебното заведение.

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 _____

Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване на законово регламентираните функции. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на поправка на данните

Дата: _____

Подпис: _____

Уникален номер на заявката: _____