

Вх. № .....

ДО ДИРЕКТОРА

Дата: .....

НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:

ден, месец, година

## 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. 2 от Закона за лечебните заведения, да бъде издадено Удостоверение за недостатъчност, необходимо за сключване на договор с НЗОК за осъществяване на пакет извънболнична медицинска помощ от следните лекари-специалисти:

\_\_\_\_\_ -  
(трите имена)

\_\_\_\_\_ (специалност за договор със СЗОК)

- УИН \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)

\_\_\_\_\_ -  
(трите имена)

\_\_\_\_\_ (специалност за договор със СЗОК)

- УИН \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)

Добави

Премахни

### 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: \_\_\_\_\_

