**Приложение № 20**

**документи за сключване на договор**

**с НЗОК ЗА ОКАЗВАНЕ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

ДЕКЛАРАЦИЯ

за наличие в лечебното заведение на функционираща

и изправна медицинска апаратура и оборудване

от

………………………………………………………………………………………...................

*(вид, наименование и правноорганизационна форма на лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 9, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 10, т. 3а и т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла, по чл. 10, т. 6 от ЗЛЗ, лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)*

със седалище и адрес на управление …………………………………………………………

местонахождение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност) ………………………………………………………………

представлявано от ………………………………………………………………....................…….

*(трите имена на представляващия лечебното заведение)*

в качеството на ………………………………………………………………………………..

*(управител; изпълнителен директор; прокурист;директор, пълномощник и др.)*

**ДЕКЛАРИРАМ**, че:

Представляваното от мен лечебно заведение разполага с изискуемите съгласно приложение № 17/приложение№ 18/приложение№ 19 от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г., медицинска апаратура и оборудване, необходимо за оказване на болнична помощ по КП/АПр/КПр, за които то кандидатства.

При деклариране на невярна информация нося отговорност съгласно действащите нормативни разпоредби на РБългария.

При промяна в декларираните обстоятелства се задължавам в срок от 5 работни дни да уведомя писмено РЗОК – гр. ……………………….

**ДЕКЛАРАТОР:**

Дата: …………………. Подпис: ………………..

Печат на лечебното заведение:

ДЕКЛАРАЦИЯ

за наличие и поддържане на софтуер за въвеждане и отчитане на договорената дейност по НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

от

………………………………………………………………………………………...................

*(вид, наименование и правноорганизационна форма на лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 9, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 10, т. 3а и т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла, по чл. 10, т. 6 от ЗЛЗ, лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)*

със седалище и адрес на управление …………………………………………………………

местонахождение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност) ………………………………………………………………

представлявано от ………………………………………………………………....................…….

*(трите имена на представляващия лечебното заведение)*

в качеството на ………………………………………………………………………………..

*(управител; изпълнителен директор; прокурист;директор, пълномощник и др.)*

**ДЕКЛАРИРАМ**, че:

Представляваното от мен лечебно заведение е оборудвано и поддържа софтуер за въвеждане и отчитане на договорената дейност по НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

При деклариране на невярна информация нося отговорност съгласно действащите нормативни разпоредби на РБългария.

**ДЕКЛАРАТОР:**

Дата: ………………... Подпис: ………………..

Печат на лечебното заведение:

ДЕКЛАРАЦИЯ

от

………………………………………………………………………………………...................

*(вид, наименование и правноорганизационна форма на лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 9, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 10, т. 3а и т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла, по чл. 10, т. 6 от ЗЛЗ, лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)*

със седалище и адрес на управление …………………………………………………………

местонахождение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност) ………………………………………………………………

представлявано от ………………………………………………………………....................…….

*(трите имена на представляващия лечебното заведение)*

в качеството на ………………………………………………………………………………..

*(управител; изпълнителен директор; прокурист;директор, пълномощник и др.)*

**ДЕКЛАРИРАМ, че:**

Медико-диагностичната лаборатория, включена в структурата на представляваното от мен лечебно заведение, разполага с програмен продукт, отговарящ на установените изисквания за извършване на медико-диагностичните изследвания.

При промяна в декларираните обстоятелства се задължавам в срок от 5 работни дни да уведомя писмено РЗОК ……………………….

**ДЕКЛАРАТОР:**

Дата: …………………. Подпис: ………………..

Печат на лечебното заведение:

**Забележка**: Декларацията се попълва от изпълнители на болнична помощ, които кандидатстват за сключване на договор за оказване на ЗЗОЛ на извънболнична медицинска помощ от основния пакет специализирана извънболнична медицинска помощ

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за наличие на документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр**

от

………………………………………………………………………………………...................

*(вид, наименование и правноорганизационна форма на лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 9, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 10, т. 3а и т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла, по чл. 10, т. 6 от ЗЛЗ, лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)*

със седалище и адрес на управление …………………………………………………………

местонахождение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност) ………………………………………………………………

представлявано от ………………………………………………………………....................…….

*(трите имена на представляващия лечебното заведение)*

в качеството на ………………………………………………………………………………..

*(управител; изпълнителен директор; прокурист;директор, пълномощник и др.)*

**ДЕКЛАРИРАМ**, че:

Представляваното от мен лечебно заведение поддържа документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр.

При деклариране на невярна информация нося отговорност съгласно действащите нормативни разпоредби на РБългария.

**ДЕКЛАРАТОР:**

Дата: ………………... Подпис: ………………..

Печат на лечебното заведение: