

ПРИЛОЖЕНИЕ № 20

**ДОКУМЕНТИ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР 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 сразкрити 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
месторазположение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност)
.....

представявано от
(трите имена на представляващия лечебното заведение)
в качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокуриснт; директор, пълномощник и др.)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Представяваното от мен лечебно заведение разполага с изискуемите съгласно приложение № 17/приложение № 18/приложение № 19 от НРД за медицинските дейности за 2026 - 2028 г., медицинска апаратура и оборудване, необходимо за оказване на болнична медицинска помощ по КП/АПр/КПр, за които то кандидатства.

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

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

ДЕКЛАРАТОР:

(име и фамилия)
(собственоръчен/електронен подпис)

Дата:

ДЕКЛАРАЦИЯ

за
наличие и поддържане на софтуер за въвеждане и отчитане на договорената дейност по
НРД за медицинските дейности за 2026 - 2028 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 сразкрити 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
месторазположение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се
извършва лечебната дейност)
.....

представявано от
(трите имена на представляващия лечебното заведение)
в качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокурист; директор, пълномощник и др.)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Представяваното от мен лечебно заведение е оборудвано и поддържа софтуер за
въвеждане и отчитане на договорената дейност по НРД за медицинските дейности за 2026 -
2028 г.

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

ДЕКЛАРАТОР:

(име и фамилия)
(собственоръчен/електронен подпис)

Дата:

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

.....
представявано от
(трите имена на представляващия лечебното заведение)
в качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокурист; директор, пълномощник и др.)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Представяваното 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 Република България.

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис)
(име и фамилия)
(собственоръчен/електронен подпис)

Дата:

ДЕКЛАРАЦИЯ

за

наличие на специализиран фармацевтичен софтуер, отговарящ на изисквания за свързване с Българската система за верификация на лекарствата и предоставяне възможността да се дезактивира уникалният идентификационен белег в системата от регистри по реда на глава VI от Делегиран регламент (ЕС) 2016/161

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

представявано от
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

в качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокурор; директор, пълномощник и др.)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Аптеката, включена в структурата на представляваното от мен лечебно заведение, разполага с специализиран фармацевтичен софтуер, отговарящ на изисквания за свързване с Българската система за верификация на лекарствата и предоставя възможността да се дезактивира уникалният идентификационен белег в системата от регистри по реда на глава VI от Делегиран регламент (ЕС) 2016/161.

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

ДЕКЛАРАТОР:

(име и фамилия)
(собственоръчен/електронен подпис)

Дата:

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 (МП, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)

със седалище и адрес на управление

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

представявано от

(трите имена на представляващия лечебното заведение)

в качеството си 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-диагностични изследвания.

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

ДЕКЛАРАТОР:

(име и фамилия)

(собственоръчен/електронен подпис)

Дата:

Забележка: Декларацията се попълва от изпълнители на болнична помощ, които кандидатстват за сключване на договор за оказване на ЗОЛ на извънболнична медицинска помощ от пакета специализирана извънболнична медицинска помощ.

За Националната здравноосигурителна каса:

Председател на НС на НЗОК:

Росица Велкова - Желева

Членове на Надзорния съвет на НЗОК:

Галя Александрова

д-р Христо Стоянов

Борис Михайлов

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Боян Бойчев

Тодор Воденичаров

д-р Стойчо Кацаров

За Българския лекарски съюз:

Председател на УС на БЛС:

д-р Николай Брънзалов

Членове на УС на БЛС:

д-р Иван Маджаров

д-р Валери Веселинов

д-р Валентин Пеев

доц. д-р Георги Тодоров

проф. д-р Христо Шивачев

д-р Николай Колев

д-р Генка Пейчева

д-р Георги Миндов

д-р Кирил Недялков

д-р Иво Парунов

д-р Росен Айков

д-р Мария Ганчевска-Царева

проф. д-р Огнян Хаджийски

д-р Христо Димитров

Управител на НЗОК:

д-р Владимир Даскалов

Съгласувал:

Министър на здравеопазването:

Катя Йвкова