

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 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; прокурисит; 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 2023 - 2025 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 2023 - 2025 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 2023 -
2025 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
наличение 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
(за лекарствени 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
месторазположение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност)

.....
представявано от

(трите имена на представляващото лечебното заведение)

в качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокурист; 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 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:

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
доц. Михаил Околийски

Георги Клисурски
проф. Григор Димитров
Иван Кокалов
проф. Илко Гетов
Пламен Таушанов
Румен Спецов
Теодор Василев
Тодор Воденичаров

За българския лекарски съюз
председател на УС на БЛС
д-р Иван Маджаров

д-р Николай Брънзалов
проф. д-р Христо Шивачев
д-р Валентин Пеев
д-р Ваня Добрева-Павлова
д-р Николай Колев
д-р Гургана Николова
д-р Валери Веселинов
д-р Росен Айков
доц. д-р Стоян Сопотенски
д-р Йордан Гечев
д-р Иво Парунов
д-р Жанина Калинкова
проф. д-р Милена Станева
проф. д-р Огнян Хаджийски

Управител на НЗОК:
Станимир Михайлов

Съгласувал:

Министър на здравеопазването:
проф. д-р Христо Хинков