

**Образец на декларация**  
**към Условия и ред за сключване на индивидуални договори за заплащане на**  
**лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в**  
**хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални**  
**медицински цели, съгласувани между НЗОК и БФС на основание чл. 45, ал. 17 от ЗЗО**

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

от .....,

*(пълно наименование на притежателя на разрешение за търговия на дребно с лекарствени  
продукти в аптека)*

ЕИК .....

със седалище и адрес на управление: .....

.....

представявано от .....

.....

*(за юридическо лице – пълно наименование на представителя, седалище и адрес на  
управление; за физическо лице – трите имена, ЕГН, постоянен адрес)*

в качеството му на .....

с документ, удостоверяващ представителната власт: .....,

IBAN .....,

BIC .....,

банка (клон) .....,

тел./факс: .....,

e-mail: .....

Разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти № ...../ .....,

издадено от .....

Адрес на аптеката: област .....,

община .....,

гр./с. ....,

ул. .... № ....., тел.: .....,

факс: .....,

ръководител на аптеката: .....

маг.-фарм. ....,

ЕГН ....., УИН .....

Адрес за кореспонденция: .....

Телефон: .....,

факс: .....

e-mail: .....

моб. телефон: .....

С настоящата декларация

**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. Запознат съм с Условия и ред за сключване на договори за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, съгласувани между НЗОК и БФС на основание чл. 45, ал. 17 от ЗЗО.

2. Ръководителят на разкритата от мен аптека магистър-фармацевт работи само в посочената аптека.

3. В аптеката разполагам със:

- компютър, разположен в приемното помещение;
- софтуер, отговарящ на основните изисквания на НЗОК.

4. Аптеката ще работи с работно време:

☐ денонощен режим на работа (24/7)

☐ по график (в случай че не е отбелязан денонощен режим на работа)

– в делнични дни: от ..... до .....

в почивни дни:

– събота: от ..... до .....

– неделя: от ..... до .....

в празнични дни:

– от ..... до .....

5. В аптеката работят: бр.

магистър-фармацевти.

При промяна на горепосочените обстоятелства се задължавам да уведомя РЗОК в сроковете и по реда, установени в образеца на договор за отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, заплащани напълно или частично от НЗОК/РЗОК.

Дата: .....

.....

(подпис и печат)