|  |
| --- |
| Приложение № 1към чл. 10, ал. 1  |

|  |
| --- |
|  ДО НЗОК / РЗОК - ……………….ЗАЯВЛЕНИЕ за заплащане на медицински и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето на български граждани над 18-годишна възраст   Заявител: .................................................................................................................... .....................................................................................................................................*(имена, ЕГН, гражданство)* Данни от документа за самоличност на заявителя: ......................................................................................................................................*(л.к. №, дата, орган и място на издаване)* Постоянен адрес на заявителя: ................................................................................. ...................................................................................................................................... Настоящ адрес на заявителя: .................................................................................... ....................................................................................................................................... Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка: ............................................... ...................................................................................................................................... Законен представител/настойник/попечител (в случай, че има такъв): ...................................................................................................................................... ......................................................................................................................................*(имена, ЕГН)* Постоянен адрес: ........................................................................................................ ....................................................................................................................................... Настоящ адрес: ............................................................................................................ ........................................................................................................................................ ........................................................................................................................................ Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка: ................................................. ........................................................................................................................................ Основна диагноза на заявителя: .................................................................................. ......................................................................................................................................... Вид и размер (за размера – ако е известен) на исканото заплащане: ........................................................................ .........................................................................................................................................*(посочва се видът на медицинската или друга услуга по чл. 4 от наредбата, свободно се описва причината за искане на заплащането и* *размера му (ако е известен), както и на необходимата услуга)* .......................................................................................................................................... ........................................................................................................................................... Заявявам, че желая да получавам документи и съобщения по следния начин:- чрез лицензиран пощенски оператор; или- по електронен път на следния електронен адрес: ……………………………………, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление: ……………………………………………………………………………………………., или- на следния мобилен или стационарен телефонен номер: ……………………………., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или- по факс на следния номер: …………………………………………… . *(вярното се огражда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)*Заявявам, че желая индивидуалният административен акт, който ще бъде издаден по заявлението ми, да ми бъде съобщен по следния начин:- чрез лицензиран пощенски оператор; или- по електронен път на следния електронен адрес: ……………………………………, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление: ……………………………………………………………………………………………., или- на следния мобилен или стационарен телефонен номер : ……………………………., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или- по факс на следния номер: …………………………………………… . *(вярното се огражда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)*Заявител: ..............................................................................................................................*(имена)*Подпис: ..........................Дата: ............................Законен представител/настойник/попечител (в случай, че има такъв):………………………………………………………………………………………………….*(имена)*Подпис: ..........................Дата: ............................ |