



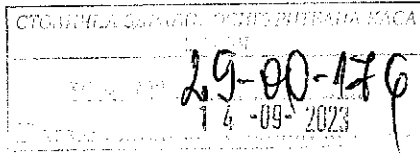
НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА
СТОЛИЧНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1408, ул. "Енос" № 10, вх. Б

www.nhif.bg

тел: +359 2 965 6776

факс: +359 2 958 9504



ДО
ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ

Уважаеми договорни партньори, изпълнители на СИМП и ПИМП,

С оглед обнародването на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2023–2025г. /ДВ. брой 77 от 08.09.2023г./, Ви информираме за следното:

1. Заявителни документи за сключване на договор се подават в 30-дневен срок от влизане в сила на НРД за МД 2023-2025г. - до 30.09.2023г. в СЗОК.

2. При изготвяне на заявителните документи използвайте изпратените Ви от нас образци /заявление по образец и декларации/.

3. Подаването на заявителни документи може да се извърши и чрез Система за сигурно електронно връчване, като :

- Всички документи издадени и попълнени от представляващия лечебното заведение да бъдат електронно подписани с визуализация на електронен подпис върху всеки един документ.

- Всички декларации, част от комплекта подадени документи, които са издадени и подписани от друго лице /наети лекари, заместници/, различно от представляващия лечебното заведение, следва да бъдат подписани лично от декларатора, сканирани и електронно подписани с визуализация на електронен подпис на представляващия лечебното заведение.

- Всички документи издадени от други институции, част от заявителните документи, следва да бъдат представени електронно подписани от представляващия лечебното заведение с визуализация на електронен подпис или представени копия предварително подписани и заверени с „Вярно с оригинала“.

4. Приложено Ви предоставяме график за подаване на заявителни документи, като същият има препоръчителен характер.

5. Напомняме Ви към заявлението по образец да предоставяте необходимите документи за сключване на договор с изпълнители на СИМП и ПИМП, списък предоставени от СЗОК.

И.Д. ДИРЕКТОР НА СЗОК
ЕВА ВОДЕНИЧАРОВА



ГРАФИК
ЗА ПРИЕМ НА ЗАЯВИТЕЛНИ ДОКУМЕНТИ
НА НОВИ ДОГОВОРНИ ПАРТНЬОРИ - ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИМП И СИМП,
ПИМП - ГП, ЛЗ ЗА БП И ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА КДН - 2023Г.

СЗОК, УЛ. "ЕНОС" №10, ВХ. Б

ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИМП - ГРУПОВИ ПРАКТИКИ – ЕТ. 3, СТАЯ 306

15.09.2023 г.

- 09:00 АГППМП "ЕКАЙЦ" ООД
- 10:00 "ГППМП - МКЦ МОЯТ ЛЕКАР" ООД
- 11:00 "МЕДИК 28 - ДРУЖБА - АИГППМП" ООД
- 11:00 "АМБУЛАТОРИЯ ЗА ГРУПОВА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ СВ. ИВАН РИЛСКИ" ООД
- 14:00 "АМБУЛАТОРИЯ ЗА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ГРУПОВА ПРАКТИКА АВИЦЕНА" ООД
- 15:00 "МЕДИКА 10 - АГПИП" - ООД

18.09.2023 г.

- 09:00 "АГППМП МЕДИКА - 16" ООД
- 09:00 "АГППМП-МЕДИАРМ" ООД
- 10:00 КООПЕРАЦИЯ "ГППМП - СТУДЕНТСКА"
- 10:00 "АГППМП - САНТЕ 2000" - ООД
- 11:00 "ХАЙЛЕН - АГППМП" ООД
- 14:00 "ГМПИНДМП - МЕДИКА М-2000" ООД
- 15:00 "ГППМП - ЗДРАВО И ВЕСЕЛО ДЕТЕ" ООД
- 16:00 "АПЕКС - АГППМП" ООД

19.09.2023 г.

- 09:00 "МЕДИКА 2000-ГППМП" ООД
- 09:00 АГППМП "ХАРВЕСТ 2001" ООД
- 10:00 "АГППМП - ЗДРАВЕ-14" ООД
- 11:00 "ГППМП САЛВУС" ООД
- 14:00 "ГППМП - 22" ООД
- 15:00 "ГППМП - ВИГОР" ООД
- 16:00 ГППМП "ЗДРАВЕ 999" ООД

20.09.2023 г.

- 09:00 "АПМП - ГП - МЕДИКО - ВИТА" ООД
- 10:00 "АГППМП - АРЦТ 6" ООД
- 11:00 "ПОЛИ ЕС - АГПИМП" ООД
- 14:00 "СВЕТИ МИНА 2014 АИПМП - ГП" ООД
- 15:00 "ГППМП-ПАНАЦЕЯ-ПРИМ" ООД
- 16:00 "АМБУЛАНС-8-НАДЕЖДА-АИГППМП" ООД

21.09.2023 г.

- 09:00 "ВИТАЛИС - АГППМП" ООД
- 10:00 "АИПМП МЛАДОСТ МЕДИК" ООД
- 11:00 АПИМП "САНА" ООД
- 14:00 "АПМП - ГП - ПРОФ. Д-Р СТ. КИРКОВИЧ" ООД
- 15:00 "ГППМП МИЗИЯ 16" ООД
- 16:00 "РЕЯ - АГПИП" ООД

25.09.2023 г.

09:00 "ТЕРРА МЕДИКА - АГПМП" ООД

09:00 "Д-Р ТРИФОНОВА - Д-Р ВЪТКОВ-ГПМП" ООД

10:00 "АМБУЛАТОРИЯ ЗА ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
- ПРИНАМЕД" ООД

10:00 "АМБУЛАТОРИЯ ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
МЕДИКА ЛОЗЕНЕЦ-ДЙС" ООД

11:00 "ГПМП АСТАРТА" ООД

14:00 "ГПМП - МЕДИКА ГРУП 2000" ООД

15:00 "КОНСУЛТАТИВНО-НЕОТЛОЖНО ОТДЕЛЕНИЕ - АМБУЛАТОРИЯ - ГПМП" ООД

16:00 "СВЕТИ МИНА - АИМП - ГП" ООД

ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИМП – НОВИ ДОГОВОРНИ ПАРТНЬОРИ – ЕТ. 3, СТАЯ 306,

от 15.09.2023г. до 30.09.2023г. ВСЕКИ РАБОТЕН ДЕН от 09:00 до 17:00ч.

тел. за контакт: 02/965 67 43

ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА СИМП И КДН – ЕТ. 5, СТАЯ 504:

– ЛЗ ЗА БП ПО ЧЛ. 5, АЛ. 1 ОТ ЗЛЗ (за оказване на СИМП);

– ЛЗ ЗА БП И ЦПЗ (за изпълнение на КДН);

– НОВИ ДОГОВОРНИ ПАРТНЬОРИ

тел. за контакт: 02/965 67 11

от 15.09.2023г. до 30.09.2023г. ВСЕКИ РАБОТЕН ДЕН от 09:00 до 17:00ч.

тел. за контакт: 02/965 67 03 /02/9 65 67 93



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА СТОЛИЧНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1408, ул. "Енос" №10, вх. Б

www.nhif.bg

тел: +359 2 965 6776

факс: +359 2 958 9504

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР С ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА СИМП

1. Заявление по образец, утвърден от Управителя на НЗОК.

Съдържа данни за изпълнителя на СИМП, кандидатстващ за сключване договор със СЗОК, заявените основни пакети, високоспециализирани дейности, пакети медико-диагностични изследвания, високоспециализирани медико-диагностични изследвания и опис на подаваните документи.

2. Данни за Единния идентификационен код (ЕИК) на търговеца или кооперацията от Търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава – членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП – документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава.

3. Удостоверение за регистрация в ИАМН/РЗИ:

– подава се от всички **нови** договорни партньори изпълнители на СИМП и от лечебни заведения, сключили договори в съответствие с Национален рамков договор за медицинските дейности за 2020-2022г. за МД – **при промяна** в регистрацията;

- договорни партньори, сключили договори в съответствие с НРД 2020г. за МД **без промяна** в регистрацията подават **декларация за липса на промени**.

4. Удостоверение/я за актуално членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН), издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на Националния регистър, съдържащо уникален буквено-цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение.

5. Декларация на **хартиен и електронен носител** по образец, посочен в приложение №10 към НРД 2023-2025г. за МД, за дейността на ЛЗ за СИМП.

Вписват се **коректно** данните: наименование на ЛЗ, адрес, име на представляващия ЛЗ, в съответствие с Удостоверението за регистрация в ИАМН/РЗИ № – вписва се **10-цифрения код** на регистрацията на практиката.

По т. 1 от Декларацията:

- в графа "специалност и пакет" се изписва **пакета**, за който се кандидатства;
- в графа "ВСД" и "ВСМДИ" се изписва високоспециализираната дейност, респ. високоспециализираното медико-диагностично изследване, за което се кандидатства (в случай, че не се кандидатства за ВСД или ВСМДИ се изписва **НЕ**);
- в графа "№ на договор с ЛЗ" се посочва номера на договора за работа, сключен между специалиста и лечебното заведение;
- в графата "срок на договора" за всеки лекар се отбелязва дали договорът му с лечебното заведение е безсрочен, а ако е срочен се вписва датата на влизане в сила на договора, както и крайната дата на неговото действие;
- в графа "месечно работно време в часове" – часовете съответствуват на посочения график на специалиста в т. 2;
- т. 1.1 – се попълва в случай, че в лечебното заведение работят лекари без придобита специалност, като задължително се посочва име и фамилия на лекаря-специалист, под чието ръководство работи лекаря без придобита специалност.

По т. 2 от Декларацията:

- задължително се посочва УИН на наетите медицински сестри, акушерки или асоциирани медицински специалисти.

По т. 3 от Декларацията:

- за всеки специалист по т. 1 следва да има посочен график в т. 2, като за специалист, работещ по две специалности се посочват отделни графици за всяка специалност; при повече от един адрес на лечебното заведение се посочват графици за работа на специалистите за всеки от адресите;

- в точка 2 "Работи при следния месечен график" следва да бъдат вписани дните и часовете за амбулаторни прегледи – **не по-малко от 2 часа дневно часове за амбулаторен прием в обявените дни в които работи съответният специалист** и домашни посещения за всеки специалист от лечебното заведение; часове за профилактични прегледи на рискови групи за специалистите по "Акушерство и гинекология", "Вътрешни болести", "Гастроентерология", "Ендокринология и болести на обмяната", "Кардиология", "Хирургия" и "Урология"; часове за работа по: програма "Майчино здравеопазване" за специалистите по "Акушерство и гинекология" и програма "Детско здравеопазване" за специалистите по "Педиатрия"; часове за заседания на ОЛКК и СЛКК за лекари, които са включени в съответните комисии;
- в рамките на дневния работен график на лабораторията, специалистите, извършващи медико-диагностична дейност в изпълнение на договора с НЗОК следва да имат работен график, който не може да **бъде по-малък от 4 часа**;
- работният график на лекар без придобита специалност (по т. 1.1 от декларацията) следва да бъде в рамките на графика на специалиста, под чието ръководство работи.

Декларацията се подава от управителя на лечебното заведение, като задължително се подписва и печатва с печата на лечебното заведение.

6. Декларация, че лекарят работи в изпълнение на не повече от два договора с НЗОК независимо от месторазположението на лечебните заведения, в които се оказва помощта. Декларацията се попълва от всеки лекар, който ще оказва медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК.

7. Необходими квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 от ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, както и за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за изпълнение на ВСМД/ВСМДИ, в съответствие с чл. 182 от ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти – за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК – **за нови договорни партньори**, а за лечебни заведения, сключили договори в съответствие с НРД 2020-2022г. за МД – **при промяна** в обстоятелствата.

8. Копие на **Заповед на Директора на СРЗИ за създадена ЛКК** към лечебни заведения за извънболнична помощ – **актуална**.

9. Копие на сертификата от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт "Клинична лаборатория" и/или копие на сертификата за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология – в случаите, когато в структурата на лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории.

10. Копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от Министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите, обучавали се в чужбина - за лекарите чужденци.

11. Декларация за липса на промени в обстоятелствата по чл. 121, ал. 1, т. 1, 2, 8, 11 и 12 от НРД за МД 2023-2025г. – за лечебни заведения, сключили договори в съответствие с НРД 2020-2022г. за МД, в случай, че не са настъпили промени във всички или в част от посочените в тези текстове обстоятелства.

**Документите по точки 4, 6, 7 и 10 се комплектоват за всеки специалист поотделно.*

***Всички документи, представени в копие следва да съдържат текста "Вярно е оригинала" и да бъдат заверени от лицето, представляващо лечебното заведение, с подпис и печата на лечебното заведение.*

****С оглед спазване на обявения график за прием на документи и по-бързото им обработване е желателно, същите да бъдат предварително попълнени, заверени и подредени по посочения по-горе ред в папка или класьор.*

ОПИС-ПРОТОКОЛ		Вх. №	
за представени документи от изпълнител на СИМП			
Рег. № на лечебното заведение	Наименование на лечебното заведение		
Адрес на ЛЗ:		Тел:	
п о п ъ л в а с е в С З О К	Документи	Брой	Забележка
	1. Заявление по образец, утвърден от Управителя на НЗОК.		
	2. Удостоверение от Агенция по вписванията или разпечатка от Търговския регистър. За дружествата, регистрирани в държава - членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП - документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава.		
	3. Удостоверение за регистрация в ИАМН/РЗИ.		
	4. Удостоверение/я за актуално членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН), издадено от съответната РК на БЛС - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение (с дата, подпис и печат на ЛЗ).		
	5. Декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение №10 към НРД 2023-2025г. за МД (с дата, подпис и печат на ЛЗ).		
	6. Декларация, за работа в изпълнение на не повече от два договора с НЗОК независимо от месторазположението на лечебните заведения, в които се оказва помощта (с дата и подпис на лекаря).		
	7. Необходими квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 от ЗЗ, както и по чл. 182 от ЗЗ, и съответните медицински стандарти.		
	8. Копие от Заповед на Директора на СРЗИ за създадена/и ЛКК към лечебното заведение.		
	9. Копия на сертификати от участие в контролни цикли на система за външна оценка на качеството по клинична лаборатория, микробиология, вирусология, паразитология и имунология.		
	10. Копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от Министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите, обучавали се в чужбина.		
	11. Декларация за липса на промяна в обстоятелствата. 12. Лекарите с придобита медицинска специалност, работещи в лечебно заведение за болнична помощ могат да сключват договори за оказване на извънболнична медицинска помощ при условие, че са спазени изискванията на чл. 62 ЗЗО - не се нарушава дейността на болницата от представляващия ЛЗ за БМП.		
Приел:	Предал:		

Заявление за сключване на договор с НЗОК за оказване на извънболнична (първична и специализирана) медицинска помощ.

УТВЪРДИЛ:

СТАНИМИР МИХАЙЛОВ

УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

..... 2023 г.

ДО

ДИРЕКТОРА НА

РЗОК -

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР С НЗОК

ОТ

.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното/здравното заведение)

адрес и телефон на заявителя:

в качеството си на.....

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

на.....

(наименование на лечебното/здравното заведение)

седалище и адрес на управление:.....

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

.....

.....

Идентификационен код от търговския регистър на Агенцията по вписванията.

(в случаите, когато лечебното заведение е регистрирано по ТЗ или ЗК)

Удостоверение за регистрация № от регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ в ИАМН/РЗИ - гр.

Акт на МС за създаване или преобразуване на лечебните/здравното заведение:

.....

(за лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и Националните центрове по проблемите на общественото здраве)

IBAN № в банка / клон

BIC

БУЛСТАТ/ЕИК

Тел./факс.....

Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Представяването от мен лечебно/здравно заведение кандидатства за сключване на договор по чл. 59, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2023 - 2025 г. (НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.) (обн., ДВ, бр. 77 от 08 септември 2023 г., в сила от 1.09.2023 г.) за оказване на извънболнична медицинска помощ по следните пакети от Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности,

гарантиран от бюджета на НЗОК (Наредба № 9 от 2019 г.) (обн., ДВ, бр. 98 от 13.12.2019 г.), както следва:

1. Основен пакет „Първична извънболнична медицинска помощ“ по приложение № 1 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.

1а. Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти съгласно приложение № 1а към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.

2. Основен пакет „Специализирана извънболнична медицинска помощ“ по приложение № 2 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.:

2.1. Специализирани медицински дейности по специалност(и):

.....
.....

2.2. Високоспециализирани медицински дейности по специалност(и):

.....
.....

2.3. Специализирани медико-диагностични изследвания по специалност(и):

.....
.....

2.4. Високоспециализирани медико-диагностични изследвания по специалност(и):

.....
.....

(загражда/т/ се съответната/те точка/и/, за които се кандидатства)

Към настоящото заявление прилагам следните изискуеми документи съгласно НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.:

1.
2.
3.

(посочват се подадените от лечебното/здравното заведение документи, необходими за сключване на договор в зависимост от вида на лечебното заведение)

Дата:

Собственоръчен/електронен подпис:

Заявление за сключване на договор с НЗОК за изпълнение на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение по договор с НЗОК по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, от лечебно заведение за болнична помощ с разкрита клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/лечебно заведение за болнична помощ с разкрита психиатрична клиника/отделение/център за кожно-венерически заболявания/център за психично здраве.

УТВЪРДИЛ:

СТАНИМИР МИХАЙЛОВ

УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

..... 2023 г.

ДО
ДИРЕКТОРА НА
РЗОК -

ЗА Я В Л Е Н И Е **ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР С НЗОК**

от

.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

адрес и телефон на заявителя:

в качеството си на.....

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

на

(наименование на лечебното заведение)

седалище и адрес на управление:

месторазположение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се

извършва лечебната дейност):

Акт за създаване или преобразуване на лечебното заведение:

.....
(за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 и чл. 37, ал. 4 от ЗЛЗ)

Идентификационен код от търговския регистър на Агенцията по
вписванията.

(в случаите, когато лечебното заведение е регистрирано по ТЗ или ЗК)

Разрешение № г. за осъществяване на лечебна дейност на
лечебното заведение, издадено от министъра на здравеопазването.

IBAN № в банка / клон

BIC

БУЛСТАТ/ЕИК

Тел./факс №.....

Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Представяваното от мен лечебно заведение кандидатства за сключване на договор по чл. 59, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2023 - 2025 г. (НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.) (обн., ДВ, бр. 77 от 08 септември 2023 г., в сила от 1.09.2023 г.), за изпълнение на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение по

приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн., ДВ, бр. 98 от 13.12.2019 г.), както следва:

1. Здравно-информационни дейности и комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания;

2. Здравно-информационни дейности и комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания.

(загражда се съответната точка, за която се кандидатства)

Към настоящото заявление прилагам следните изискуеми документи съгласно НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.:

1.
2.
3.

(посочват се подадените от лечебното заведение документи, необходими за сключване на договор)

Дата:

Собственоръчен/електронен подпис:

ДЕКЛАРАЦИЯ

съгласно чл.от НРД за медицинските дейности за 2023-2025 г. с информацията за дейността на лечебно заведение - изпълнител на специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)

.....
(наименование и вид на лечебното заведение - изпълнител на СИМП)

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

представявано от
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

ИАМН/РЗИ №
(за лечебните заведения за извънболнична помощ)
или

ПМС №/..... г. за откриване/преобразуване на лечебното заведение
(за лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ - изпълнители на СИМП)
или

Разрешение №/..... г. за осъществяване на лечебна дейност на лечебно заведение за болнична помощ
(за лечебните заведения за болнична помощ – изпълнители на СИМП)

Декларирам следното:

1. Списък на лекаря(ите) – специалист(и), работещ(и) в лечебното заведение:

Име и фамилия	Специалности	ВСД ВСМДИ	№ на договор с ЛЗ	Срок на договор (от- до)	Месечно работно време в часове

1.1. Списък на лекари без придобита специалност:

Име и фамилия	Име и фамилия на лекаря-специалист, под чието ръководство работи лекаря без придобита специалност	Специалност за лекаря-специалист, под чието ръководство работи лекаря без придобита специалност	№ на договор с ЛЗ	Срок на договор (от- до)	Месечно работно време в часове

2. Списък на медицинска сестра/и, акушерка/и или лекарски асистент/и работещ(и) в лечебното заведение:

Име и фамилия	Образователна квалификационна степен	УИН	№ на договор с ЛЗ	Срок на договор (от- до)	Месечно работно време в часове

3. График на лекаря(ите) – специалист(и), работещ(и) в лечебното заведение:

ПОСЕЩЕНИЯ за:	Понеделник (от – до)	Вторник (от – до)	Сряда (от – до)	Четвъртък (от – до)	Петък (от – до)	Събота (от – до)	Неделя (от – до)
Амбулаторни прегледи							
Домашни прегледи							
ЛКК**							
Профилактични прегледи на ЗОЛ с повишен риск от заболявания***							
Програма „Детско здравеопазване“ от специалист по „Педиатрия“							
Програма „Майчино здравеопазване“ от специалист от „Акушерство и гинекология“							

*Забележка: Посочват се работните дни в седмицата или четни и нечетни дати.

** ЛКК - график за работа на Лекарска консултативна комисия.

*** Лечебните заведения представят график за работа на лекарите специалисти, извършващи профилактични прегледи на ЗОЛ с повишен риск от развитие на заболявания.

3. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане, съгласно приложение № 10 към НРД за медицинските дейности за 2023-2025 г.

4. Лекарите/лекарите по дентална медицина - членове на ТЕЛК/НЕЛК упражняват дейностите по медицинска експертиза, които подлежат на техен контрол, при спазване на изискванията на чл.106 от ЗЗ.

При промяна в обстоятелствата по сключения договор с НЗОК, се задължавам, в срок до 5 календарни дни, да уведомя писмено РЗОК с копие на съответния документ на хартиен носител или до 3 работни дни по електронен път.

При промяна в графика за обслужване на пациентите се задължавам в срок до 3 календарни дни да уведомя РЗОК и да изпратя актуалния график писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис.

Декларатор:
(име и фамилия)
(собственооръчен/електронен подпис)

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата/.....
.....,
ЕГН, адрес на практика
.....,
представляващ лечебното заведение за оказване на извънболнична
медицинска помощ:
.....
.....

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Няма настъпили промени в обстоятелствата, удостоверени
с документи по чл. 121, ал. 1, т. 1, 2, 8, 11 и 12 от НРД за
медицинските дейности 2023-2025г.

Дата:

Подпис:

Печат:

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата/.....
.....
ЕГН, адрес на практика
.....
работещ в лечебно заведение за оказване на извънболнична
медицинска помощ:
.....
.....

/наименование на лечебното заведение/

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Не работя в изпълнение на повече от два договора с
НЗОК независимо от месторазположението на лечебните заведения.

Лечебните заведения, в които оказвам медицинска помощ
по договор с НЗОК са:

.....
.....

Дата:

Подпис:

Личен печат:

ГРАФИК
ЗА ПРИЕМ НА ЗАЯВИТЕЛНИ ДОКУМЕНТИ
НА НОВИ ДОГОВОРНИ ПАРТНЬОРИ - ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИМП И СИМП,
ПИМП - ГП, ЛЗ ЗА БП И ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА КДН - 2023г.

СЗОК, УЛ. "ЕНОС" №10, ВХ. Б

ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИМП - ГРУПОВИ ПРАКТИКИ – ЕТ. 3, СТАЯ 306

15.09.2023 г.

- 09:00 АГПМП "ЕКАЙЦ" ООД
- 10:00 "ГПМП - МКЦ МОЯТ ЛЕКАР" ООД
- 11:00 "МЕДИК 28 - ДРУЖБА - АИГМП" ООД
- 11:00 "АМБУЛАТОРИЯ ЗА ГРУПОВА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ СВ. ИВАН РИЛСКИ" ООД
- 14:00 "АМБУЛАТОРИЯ ЗА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ГРУПОВА ПРАКТИКА АВИЦЕНА" ООД
- 15:00 "МЕДИКА 10 - АГПИП" - ООД

18.09.2023 г.

- 09:00 "АГПМП МЕДИКА - 16" ООД
- 09:00 "АГПМП-МЕДИАРМ" ООД
- 10:00 КООПЕРАЦИЯ "ГПМП - СТУДЕНТСКА"
- 10:00 "АГПМП - САНТЕ 2000" - ООД
- 11:00 "ХАЙЛЕН - АГПМП" ООД
- 14:00 "ГМПНДМП - МЕДИКА М-2000" ООД
- 15:00 "ГПМП - ЗДРАВО И ВЕСЕЛО ДЕТЕ" ООД
- 16:00 "АПЕКС - АГПМП" ООД

19.09.2023 г.

- 09:00 "МЕДИКА 2000-ГПМП" ООД
- 09:00 АГПМП "ХАРВЕСТ 2001" ООД
- 10:00 "АГПМП - ЗДРАВЕ-14" ООД
- 11:00 "ГПМП САЛВУС" ООД
- 14:00 "ГПМП - 22" ООД
- 15:00 "ГПМП - ВИГОР" ООД
- 16:00 ГПМП "ЗДРАВЕ 999" ООД

20.09.2023 г.

- 09:00 "АПМП - ГП - МЕДИКО - ВИТА" ООД
- 10:00 "АГПМП - АРЦТ 6" ООД
- 11:00 "ПОЛИ ЕС - АГПИМП" ООД
- 14:00 "СВЕТИ МИНА 2014 АИМП - ГП" ООД
- 15:00 "ГПМП-ПАНАЦЕЯ-ПРИМ" ООД
- 16:00 "АМБУЛАНС-8-НАДЕЖДА-АИГМП" ООД

21.09.2023 г.

- 09:00 "ВИТАЛИС - АГПМП" ООД
- 10:00 "АИМП МЛАДОСТ МЕДИК" ООД
- 11:00 АПИМП "САНА" ООД
- 14:00 "АПМП - ГП - ПРОФ. Д-Р СТ. КИРКОВИЧ" ООД
- 15:00 "ГПМП МИЗИЯ 16" ООД
- 16:00 "РЕЯ - АГПИП" ООД

25.09.2023 г.

- 09:00 "ТЕРРА МЕДИКА - АГПМП" ООД
- 09:00 "Д-Р ТРИФОНОВА - Д-Р ВЪТКОВ-ГППИМП" ООД
- 10:00 "АМБУЛАТОРИЯ ЗА ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ПРИНАМЕД" ООД
- 10:00 "АМБУЛАТОРИЯ ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ МЕДИКА ЛОЗЕНЕЦ-ДЙС" ООД
- 11:00 "ГППМП АСТАРТА" ООД
- 14:00 "ГППМП - МЕДИКА ГРУП 2000" ООД
- 15:00 "КОНСУЛТАТИВНО-НЕОТЛОЖНО ОТДЕЛЕНИЕ - АМБУЛАТОРИЯ - ГППИМП" ООД
- 16:00 "СВЕТИ МИНА - АИПМП - ГП" ООД

ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИМП – НОВИ ДОГОВОРНИ ПАРТНЬОРИ – ЕТ. 3, СТАЯ 306.

от 15.09.2023г. до 30.09.2023г. ВСЕКИ РАБОТЕН ДЕН от 09:00 до 17:00ч.
тел. за контакт: 02/965 67 43

ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА СИМП И КДН – ЕТ. 5, СТАЯ 504:

- ЛЗ ЗА БП ПО ЧЛ. 5, АЛ. 1 ОТ ЗЛЗ (за оказване на СИМП);
 - ЛЗ ЗА БП И ЦПЗ (за изпълнение на КДН);
 - НОВИ ДОГОВОРНИ ПАРТНЬОРИ
- тел. за контакт: 02/965 67 11

от 15.09.2023г. до 30.09.2023г. ВСЕКИ РАБОТЕН ДЕН от 09:00 до 17:00ч.
тел. за контакт: 02/965 67 03 /02/9 65 67 93

Заявление за сключване на договор с НЗОК за оказване на извънболнична (първична и специализирана) медицинска помощ.

УТВЪРДИЛ:
СТАНИМИР МИХАЙЛОВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК
..... 2023 г.

ДО
ДИРЕКТОРА НА
РЗОК -

З А Я В Л Е Н И Е ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР С НЗОК

от

.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното/здравното заведение)
адрес и телефон на заявителя:
в качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокурист; директор, пълномощник и др.)
на.....
(наименование на лечебното/здравното заведение)
седалище и адрес на управление:.....
месторазположение на лечебното заведение/здравното заведение (адрес/и на
помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност):
.....

Идентификационен код от търговския регистър на Агенцията по
вписванията.

(в случаите, когато лечебното заведение е регистрирано по ТЗ или ЗК)

Удостоверение за регистрация № от регистъра на лечебните
заведения за извънболнична помощ в ИАМН/РЗИ - гр.

Акт на МС за създаване или преобразуване на лечебните/здравното заведение:
.....

(за лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и Националните центрове по
проблемите на общественото здраве)

IBAN № в банка / клон

BIC

БУЛСТАТ/ЕИК

Тел./факс.....

Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Представяваното от мен лечебно/здравно заведение кандидатства за сключване на договор по чл. 59, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2023 - 2025 г. (НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.) (обн., ДВ, бр. 77 от 08 септември 2023 г., в сила от 1.09.2023 г.) за оказване на извънболнична медицинска помощ по следните пакети от Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности,

гарантиран от бюджета на НЗОК (Наредба № 9 от 2019 г.) (обн., ДВ, бр. 98 от 13.12.2019 г.), както следва:

1. Основен пакет „Първична извънболнична медицинска помощ“ по приложение № 1 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.

1а. Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти съгласно приложение № 1а към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.

2. Основен пакет „Специализирана извънболнична медицинска помощ“ по приложение № 2 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.:

2.1. Специализирани медицински дейности по специалност(и):

.....
.....
.....

2.2. Високоспециализирани медицински дейности по специалност(и):

.....
.....
.....

2.3. Специализирани медико-диагностични изследвания по специалност(и):

.....
.....
.....

2.4. Високоспециализирани медико-диагностични изследвания по специалност(и):

.....
.....
.....

(загражда/т/ се съответната/те точка/и/, за които се кандидатства)

Към настоящото заявление прилагам следните изискуеми документи съгласно НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.:

1.
2.
3.

(посочват се подадените от лечебното/здравното заведение документи, необходими за сключване на договор в зависимост от вида на лечебното заведение)

Дата:

Собственоръчен/електронен подпис:

ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИМП

Необходими документи за сключване на договор по реда на НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г.

1. Заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК
2. За дружествата, регистрирани в държава - членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП - документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава
3. Копие от удостоверение за регистрация на лечебното заведение в ИАМН/РЗИ
4. Удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ), издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на Националния регистър, съдържащо уникален буквено - цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение
5. Декларация на хартиен или електронен носител по образец, съгласно Приложение № 9 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г., **с поставена дата, подпис на представляващия ЛЗ и печат на ЛЗ**
6. Копие от договор по чл.19, ал.1 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г. и график за обслужване на пациентите, удостоверяващи осигуряването на достъп до медицинска помощ извън обявения работен график на ЗОЛ, съгласно Наредба № 9 от 2019г., в случай, че не се осигурява самостоятелно
7. Декларация на **хартиен** носител за броя ЗОЛ, осъществили правото си на избор на лекар лекар **/за ЛЗ, които не са имали сключен договор до този момент по реда на НРД за МД 2020-2022/ -с поставена дата и подпис**
8. Декларация по чл. 21 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г. на хартиен носител от всички лекари, които ще оказват медицинска помощ, за броя и вида договори с НЗОК, с която се удостоверява, че лекарят работи в изпълнение на не повече от два договора с НЗОК **/с поставена дата и подпис на лекаря/**
9. Необходимите квалификационни документи, съгласно наредбата по § 6, ал.2 от ПЗР на ЗЛЗ, а при липса на такъв квалификационен документ – документ, че са зачислени за придобиване на специалност по „Обща медицина“ (за лекарите учредили лечебно заведение за ПИМП или работещи като ОПЛ в лечебно заведение за болнична помощ по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ)
10. Копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от Министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – **за лекарите придобили медицинска специалност в друга държава**
11. Декларация за съгласие за заместване от заместника/заместниците или договор за заместване – **с дата и подпис на лекаря (за заместника, в случай че не е договорен партньор на РЗОК – София, се прилагат- копие от диплом и удостоверение за актуално членство в БЛС - с дата и подпис на лекаря)**
12. Лечебните заведения, кандидатстващи за изпълнение на пакета дейности, включени в приложение № 1а „Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти“ към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., прилагат:
 - Сертификат за квалификация по професията от БАПЗГ с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на § 1, т. 2 от допълнителната разпоредба на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински

специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (ЗСОМСААМСЗПФ), издаден от съответната РК на БАПЗГ – за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебното заведение;

- Диплома за придобито висше образование с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по специалностите „Медицинска сестра“/„Акушерка“/„Лекарски асистент“ от професионално направление „Здравни грижи“;

- Копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, издадено от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти чужденци.

Забележка: за лечебни заведения, които са били изпълнители на медицинска помощ по договор с НЗОК до 31.08.2023 г., в случай че нямат настъпили промени по документите описани в т. 2, т. 3, т. 6, т. 9 и т. 10, представят попълнена декларация за липса на промени.

В случаите на подадени на място в РЗОК на заявителните документи, следва всички копия на представените документи да бъдат заверени „Вярно с оригинала“, подпис и печат от изпълнителя.

В случаите на подадени заявителни документи, чрез Системата за сигурно електронно връчване (ССЕВ), следва:

- всички документи издадени и попълнени от представляващия лечебното заведение да бъдат електронно подписани с визуализация на електронен подпис върху всеки един документ;

- всички документи издадени от други институции, част от заявителните документи, следва да бъдат представени електронно подписани от представляващия лечебното заведение с визуализация на електронен подпис или представени копия предварително подписани и заверени с „Вярно с оригинала“.

ОПИС - ПРОТОКОЛ

Изпълнител на ПИМП

/наименование на лечебното заведение/

/адрес/и за осъществяване на медицинска дейност/

Регистрационен № в ИАМН/РЗИ.....

1. Заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК	
2. За дружествата, регистрирани в държава - членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП - документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава	
3. Копие от удостоверение за регистрация на лечебното заведение в ИАМН/РЗИ	
4. Удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ), издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на Националния регистър, съдържащо уникален буквено - цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение	
5. Декларация на хартиен или електронен носител по образец, съгласно Приложение № 9 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г., с поставена дата, подпис на представляващия ЛЗ и печат на ЛЗ	
6. Копие от договор по чл.19, ал.1 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г. и график за обслужване на пациентите, удостоверяващи осигуряването на достъп до медицинска помощ извън обявения работен график на ЗОЛ, съгласно Наредба № 9 от 2019г., в случай, че не се осигурява самостоятелно	
7. Декларация на хартиен носител за броя ЗОЛ, осъществили правото си на избор на лекар /за ЛЗ, които не са имали сключен договор до този момент по реда на НРД за МД 2020г.-2022г./ -с поставена дата и подпис	
8. Декларация по чл. 21 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г. на хартиен носител от всички лекари, които ще оказват медицинска помощ, за броя и вида договори с НЗОК, с която се удостоверява, че лекарят работи в изпълнение на не повече от два договора с НЗОК /с поставена дата и подпис на лекаря/	
9. Необходимите квалификационни документи, съгласно наредбата по § 6, ал.2 от ПЗР на ЗЛЗ, а при липса на такъв квалификационен документ – документ, че са зачислени за придобиване на специалност по „Обща медицина“ (за лекарите учредили лечебно заведение за ПИМП или работещи като ОПЛ в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ)	
10. Копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от Министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите придобили медицинска специалност в друга държава	
11. Декларация за съгласие за заместване от заместника/заместниците или договор за заместване – с дата и подпис на лекаря (за заместника, в случай че не е договорен партньор на РЗОК – София, се прилагат- копие от диплом и удостоверение за актуално членство в БЛС - с дата и подпис на лекаря)	
12. Лечебните заведения, кандидатстващи за изпълнение на пакета дейности, включени в приложение № 1а „Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти“ към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., прилагат: - Сертификат за квалификация по професията от БАПЗГ с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на § 1, т. 2 от допълнителната разпоредба на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (ЗСОМСААМСЗПФ), издаден от съответната РК на БАПЗГ – за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебното заведение; - Диплома за придобито висше образование с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по специалностите „Медицинска сестра“/„Акушерка“/„Лекарски асистент“ от професионално направление „Здравни грижи“;	

медицинска професия, издадено от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти чужденци.	
---	--

12. Декларация за липса на промени /за ЛЗ, имали сключен договор до този момент с НЗОК/ с поставена дата, подпис на представляващия ЛЗ и печат на ЛЗ	
--	--

13.	
-----	--

Проверил :

/ /

Предал :

/ подпис и печат /

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/та/.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

Представляващ лечебно заведение:.....
.....
(наименование на лечебното заведение)

С адрес/и за осъществяване на медицинска дейност:.....
.....
.....

Регистрационен номер в ИАМН/РЗИ

Договор №, сключен с РЗОК по реда на НРД за медицинските дейности 2020г. - 2022г.

Декларирам, че:

Няма настъпили промени в обстоятелствата, удостоверени с представените по сключения индивидуален договор документи, относно:

1. Документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава /за дружествата, регистрирани в държава – членка на ЕС или държава, страна по споразумението за ЕИП/;
2. Удостоверение за регистрация на лечебното заведение в Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ (ИАМН)/Регионална здравна инспекция (РЗИ);
3. Договор по чл.19, ал.1 от НРД за медицинските дейности 2020г.-2022г. и график за обслужване на пациентите, удостоверяващи осигуряването на достъп до медицинска помощ извън обявени работен график на ЗОЛ, съгласно наредбата по чл.45, ал.2 от ЗЗО;
4. Квалификационни документи;
5. Регистрация в Търговския регистър/регистрация по БУЛСТАТ.

***обстоятелствата, при които няма настъпили промени се оградят

Уведомен/а/ съм, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от НК.

Дата:.....

Декларатор:.....
подпис и печат

**ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА
ЗАМЕСТВАНЕ**

Долуподписаният/та/ д-р

Живуц на адрес

диплома №..... УИН.....

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ :

В случай на отсъствие на д-р,
изпълняващ първична извънболнична медицинска помощ, с адрес на лечебното
заведение.....
и регистрационен № в ИАМН/РЗИ:, ще го замества, като
поемам всички негови права и задължения за периода на отсъствията.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/та/.....

с УИН

Регистрационен номер в ИАМН/РЗИ на лечебното заведение.....

ДЕКЛАРИРАМ:

Общия брой ЗОЛ, избрали ме за свой общопрактикуващ лекар, е следния
- бр. За съответните лица прилагам информация на магнитен носител.

Уведомен/а/ съм, че за неверни данни нося наказателна отговорност по
чл. 313 от НК.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/та/.....

УИН.....

Декларирам, че:

Оказвам медицинска помощ в изпълнение на следните договори, сключени с НЗОК, класирани по важност, както следва:

1.
2.

Уведомен/а/ съм, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от НК.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

съгласно чл.от НРД за медицинските дейности за 2023-2025 г. с информацията за дейността на лечебно заведение - изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

.....
(наименование и вид на лечебното заведение - изпълнител на ПИМП)

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

представявано ОТ
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

ИАМН/РЗИ №
(за лечебните заведения за извънболнична помощ)

или

ПМС №/..... г. за откриване/преобразуване на лечебното заведение

(за лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ - изпълнители на ПИМП)

Декларирам:

1. Списък на лекаря(ите), изпълняващ(и) първична извънболнична медицинска помощ:

Име и фамилия	Специалност	Месечно работно време в часове

2. Работа със следния нает персонал:

Име и фамилия	Образователна квалификационна степен	Специалност (за лекари)	№ на договор на наетото лице с ЛЗ	Срок на договор на наетото лице (от-до)	Месечно работно време в часове

3. Работа със следната медицинска сестра/и, акушерка/и и/или лекарски асистент/и:

Име и фамилия	Образователна квалификационна степен	УИН	№ на договор на наетото лице с ЛЗ	Срок на договор на наетото лице (от-до)	Месечно работно време в часове

4. Работен график за всеки ОПЛ, отговарящ на изискванията на НРД, включващ:

Посещения за	Понеделник (от – до)	Вторник (от – до)	Сряда (от – до)	Четвъртък (от – до)	Петък (от – до)	Събота (от – до)	Неделя (от – до)
Амбулаторни прегледи							
Домашни прегледи							
Промотивна и профилактична дейност							
Дейност по „Детско здравеопазване“							
Дейност по „Майчино здравеопазване“							

Забележки: ОПЛ могат да извършват дейности извън работния график включени в Наредбата за определяне на пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса в часовете от 8:00 до 20:00 в работни дни. При възникнала необходимост от извършване на профилактични прегледи, имунизации, диспансерни

прегледите извън обявения работен график и извън посочените по-горе часове и работни дни, изпълнителят на медицинска помощ уведомява РЗОК по реда на чл.122.

Работният график следва да съдържа и местонахождение, телефон и други начини за контакт със заместника (т.4.1), а също и местонахождение, телефон и други начини за контакт и с дежурния кабинет и/или лечебното заведение, осигуряващи медицинска помощ на пациентите извън графика на избрания ОПЛ (в случай, че е избран един от следните начини по: т. 5.1., 5.2., 5.3- 5.3.1, 5.3.2. 5.3.3.).

Работният график ще бъде изложен на видно място в амбулаторията/ите за информация на ЗОЛ.

4.1. Заместник на ОПЛ:

.....
(име и фамилия на заместващия лекар)
Адрес тел. моб. тел.

5. Предприемам/е мерки за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на здравноосигурените лица по един от следните начини:

5.1. Чрез дежурен кабинет на груповата практика за първична извънболнична помощ, в която е съучредител.

5.2. Чрез дежурен кабинет, организиран на функционален принцип на базата на сключен договор по чл. 95, ал. 1, т. 1 от Закона за лечебните заведения с други лечебни заведения за първична извънболнична медицинска помощ и утвърден от лечебните заведения график за осигуряване на дейността на кабинета.

5.3. По договор с най-близко разположеното:

5.3.1. лечебно заведение за болнична помощ, което е разкрило дежурен кабинет;

5.3.2. лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" и/или по т. 2, букви "б", "в" или "г" от Закона за лечебните заведения, което е разкрило дежурен кабинет;

5.3.3. лечебно заведение по чл. 10, т. 1 от Закона за лечебните заведения с разкрити филиали за спешна медицинска помощ.

5.4. индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултация по телефона, осъществяване на необходимите дейности в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на общопрактикуващ лекар.

6. Лечебните заведения, с които общопрактикуващият лекар може да сключи договор по т. 5.3.1 и 5.3.2, както и съответният обслужващ филиал по т. 5.3.3, трябва да се намират на отстояние не повече от 40 км от месторазположението на практиката на общопрактикуващия лекар (относимо за всеки един от адресите на практиката едновременно).

7. Дежурните кабинети извършват само диагностично-лечебните дейности по т. VI, с изключение на маркираните със знак „***“.

8. С договорите по т. 5 могат да бъдат възлагани само дейности, които могат да бъдат извършвани от дежурни кабинети.

9. Осигуряването на достъп до медицинска помощ на здравноосигурените лица извън обявения работен график по т. 4, по един от посочените начини, в т. ще се извършва от
(посочва се един от изброените начини по т. 5.1, по т. 5.2 или по т. 5.3.1, 5.3.2 и 5.3.3)

.....
(наименование и вид на лечебното заведение)
адрес..... тел..... моб. тел.....

10. Лекарите - членове на ТЕЛК/НЕЛК упражняват дейностите по медицинска експертиза, които подлежат на техен контрол, при спазване на изискванията на чл.106 от ЗЗ.

11. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане, съгласно приложение № 9 към НРД за медицинските дейности за 2023-2025 г.

самостоятелно/съвместно с

При промяна в обстоятелствата по сключения договор с НЗОК, се задължавам в срок до 5 календарни дни да уведомя писмено РЗОК на хартиен носител или в срок до 3 работни дни по електронен път.

При промяна в графика за обслужване на пациентите се задължавам в срок до 3 календарни дни да уведомя РЗОК и да изпратя актуалния график писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис.

Декларатор:
(име и фамилия)
(собственоръчен подпис и печат/електронен подпис)