

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

.....  
(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ □□□□□□□□□□

Данни от документа за самоличност на заявителя:

ЛК № □□□□□□□□□□, изд. на дата: □□.□□.□□□□□□ От МВР .....

Постоянен адрес на заявителя:

Гр. (с.) ..... Ж.к. ....

Ул. .... № .....

Бл. .... вх. .... ет. .... ап. ....

Настоящ адрес на заявителя:

Гр. (с.) ..... Ж.к. ....

Ул. .... № .....

Бл. .... вх. .... ет. .... ап. ....

Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка:

адреса съвпада с постоянен адрес

адреса съвпада с настоящ адрес

Гр. (с.) ..... Ж.к. ....

Ул. .... № .....

Бл. .... вх. .... ет. .... ап. ....

Телефон: ..... Факс: ..... E-mail: .....

#### ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ/НАСТОЙНИК/ПОПЕЧИТЕЛ В СЛУЧАЙ, ЧЕ ИМА ТАКЪВ:

.....  
(име, презиме, фамилия)

ЕГН □□□□□□□□□□,

Постоянен адрес:

Гр. (с.) ..... Ж.к. ....

Ул. .... № .....

Бл. .... вх. .... ет. .... ап. ....

Настоящ адрес на заявителя:

Гр. (с.) ..... Ж.к. ....

Ул. .... № .....

Бл. .... ВХ. .... ЕТ. .... ап. ....

Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка:

адреса съпада с постоянен адрес  
 адреса съпада с настоящ адрес

Гр. (с.) ..... Ж.к. ....

Ул. .... №. ....

Бл. .... ВХ. .... ЕТ. .... ап. ....

Телефон: ..... Факс: ..... E-mail: .....

**ОСНОВНА ДИАГНОЗА:**

.....

**ВИД И РАЗМЕР (за размера - ако е известен) НА ИСКАНОТО ЗАПЛАЩАНЕ:**

1. Лечение в чужбина, извън трансплантацията

№ по ред	Име процедура/дейности	Размер на исканото заплащане

2. Предтрансплантационно животоподдържащо и/или животоспасяващо лечение на заболяване, налагащо трансплантацията, с лекарствени продукти по чл. 263 от ЗЛПХМ

№ по ред	Име лекарствен продукт	Брой (табл. амп., фл., оп. и др.)	Размер на исканото заплащане

3. Лечение на онкологични и онкохематологични заболявания/или лечение на редки заболявания с лекарствени продукти и диетични храни за специални медицински цели, започнало преди навършване на 18-годишна възраст, до приключване на лечението

№ по ред	Име лекарствен продукт	Брой (табл. амп., фл., оп. и др.)	Размер на исканото заплащане

4. Трансплантация на органи, която не се извършва или не може да бъде извършена своевременно в Република България, и/или на хемопоеични стволови клетки при малигнени хематологични заболявания, както и при някои тежко протичащи бенигнени заболявания и при утвърдени нехематологични заболявания, посочени в наредбата по чл. 16, ал. 1, т. 2 от ЗТОТК, която не може да бъде извършена своевременно в Република България

Органи       Клетки

№ по ред	Име	Размер на исканото заплащане

5. Участие на чуждестранни медицински специалисти в диагностични и лечебни процедури и трансплантации в лечебни заведения на територията на Република България

№ по ред	Наименование на медицинските услуги	Размер на исканото заплащане

**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 отбелязва и се дописва необходимата информация при налично поле за това, а при наличие на лице от лечебното заведение за болнична помощ, действащо като пълномощник, се посочва телефон, факс, имейл адрес или адрес на лицето)*

**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)*

Дата:

Заявител:

*(име, фамилия и подпис)*

Дата:

Законен представител /настойник/  
попечител (в случай че има такъв): .....  
*(име, фамилия и подпис)*

“