

ПРИЛОЖЕНИЕ № 18

**ИЗИСКВАНИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР
С НЗОК ЗА ОКАЗВАНЕ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ
ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ**

ДЕКЛАРАЦИЯ

за наличие в лечебното заведение на функционираща
и изправна медицинска апаратура и оборудване

от

.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение за болнична помощ, диспансера или лечебното
заведение по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ)

в качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокурист; директор, пълномощник и др.)

на
(наименование на лечебното заведение, кандидатстващо за сключване на договор
за оказване на болнична помощ по клинични пътеки)

седалище и адрес на управление

местонахождение на лечебното заведение

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Представяваното от мен лечебно заведение разполага с изискуемите съгласно
приложение № 17 медицинска апаратура и оборудване, необходимо за оказване на болнична
помощ по клиничните пътеки, за които то кандидатства:

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

При промяна в декларираните обстоятелства се задължавам в срок от 5 работни дни да
уведомя писмено РЗОК – гр.

ДЕКЛАРАТОР:

Дата:

Подпис:

Печат на лечебното заведение:

ДЕКЛАРАЦИЯ

ОТ

.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение за болнична помощ, диспансера или лечебното заведение по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ)

в качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокурист; директор, пълномощник и др.)

на
(наименование на лечебното заведение)

седалище и адрес на управление
.....

местонахождение на лечебното заведение
.....

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Медико-диагностичната лаборатория, включена в структурата на представляваното от мен лечебно заведение, разполага с програмнен продукт, отговарящ на установените изисквания за извършване на медико-диагностичните изследвания.

При промяна в декларираните обстоятелства се задължавам в срок от 5 работни дни да уведомя писмено РЗОК – гр.

ДЕКЛАРАТОР:

Дата:

Подпис:

Печат на лечебното заведение:

Забележка: Декларацията се попълва от изпълнители на болнична помощ, които кандидатстват за сключване на договор за оказване на ЗЗОЛ на извънболнична медицинска помощ от основния пакет специализирана извънболнична медицинска помощ съгласно приложение №2 към член единствен на Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн. ДВ, бр.112 от 2004г.).

Заявление за електронно отчитане в ЦУ на НЗОК на дейността на лечебните заведения за болнична помощ, оборудвани със специализиран софтуер

**ДО
ДИРЕКТОРА НА
РЗОК-.....**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
за електронно отчитане**

ОТ

.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение за болнична помощ, диспансера или лечебното заведение по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ)

В качеството си на.....
(управител; изпълнителен директор; прокурор; директор, пълномощник и др.)

на
(наименование на лечебното заведение, кандидатстващо за сключване на договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки)

седалище и адрес на управление

местонахождение на лечебното заведение

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

БУЛСТАТ №.....

Тел./факс №.....

E-mail address на лечебното заведение

"Реален" IP адрес на 1 работна станция, от която ще се осъществява връзката с WEB интерфейс-а в НЗОК за отчитане на дейността, извършена през 2007 година.

Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Представяването от мен лечебно заведение ще отчита дейността си и по електронен път в сроковете и съгласно установените изисквания за условия и ред за тестово електронно отчитане на изпълнителите на болнична помощ.

Настоящото заявление да послужи за издаване на цифров вътрешноведомствен сертификат за достъп до системата за електронен болничен отчет.

Дата:

Подпис:

Печат на лечебното заведение: