Приложение № 1 към

 Процедура №16(1660)

**Вх. № ........................../……………20..…г.**

**ДО**

**МИНИСТЪРА НА**

**ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ЧРЕЗ**

**ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР**

**НА ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ**

**МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР**

**ЧРЕЗ**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛна здравна инспекция**

**ВРАЦА**

####  ЗАЯВЛЕНИЕ

От...........................................................................................................................................................

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

 Моля, на основание чл. 46, ал. 1 и 2 от Закона за лечебните заведения, да ми бъде издадено Разрешение за осъществяване на лечебна дейност на

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

(наименование и вид на лечебното заведение)

ЕИК........................................................................

 с адрес : гр. ……………............................, община…………..........................., Област Враца,

 Тел………………………………, факс…………………………, e-mail…………………………...

 **Лечебното заведение се представлява от** ……………………………………………………... ,

адрес: ..................................................................................................................................................

 Телефони за контакт: .........................................................................., e-mail: ................................

 **и да осъществява следните дейности:**

1..............................................................................................................................................................

2..............................................................................................................................................................

3..............................................................................................................................................................

4..............................................................................................................................................................

5..............................................................................................................................................................

6..............................................................................................................................................................

7..............................................................................................................................................................

**по следните медицински специалности:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**в следните клиники / отделения:**

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

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

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

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

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

. **Приложение:**

 правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение;

 диплома за съответното висше образование на лицата, управляващи лечебното заведение, а за лицата по чл. 63, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, съответно и диплома, свидетелство или удостоверение за квалификация по здравен мениджмънт или диплома, или свидетелство за придобита образователна и/или научна степен, специалност или преминато обучение за повишаване на квалификацията по чл. 43 от Закона за висшето образование в областта на здравния мениджмънт;

 разрешението от компетентния държавен орган, когато в лечебното заведение ще се използва медицинско оборудване с източник на йонизиращо лъчение;

 стандартните оперативни процедури, които съдържат подробни писмени описания на последователността и начина на извършване на дейностите по трансплантация за всеки специфичен процес, материалите и методите, които ще се използват, и очаквания резултат - за тъканните банки;

 документи за платена държавна такса по чл. 49, ал. 5 от Закон за лечебните заведения и по чл. 46 от Закона за здравето, а в случаите по чл. 47, ал. 7 от Закона за лечебните заведения, когато лечебното заведение ще извършва вземане и присаждане на органи, тъкани и клетки - и документ за платена държавна такса по чл. 11, ал. 6 от Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки.

Дата:………………. Подпис:

Предоставените от Вас лични данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на РЗИ – Враца/при изпълнението на задача от обществен интерес или упражняването на официални правомощия/.