**Вх. № .............................../…….………20......... г.** Приложение № 2 към

Процедура № 1 (961)

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГР. ВРАЦА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Oт .........................................................................................................................................................,

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

представляващ лечебно заведение .....................................................................................................

(наименование на лечебното заведение)

Рег. № ......................................, с адрес: .............................................................................................

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля, на основание чл. 81, ал. 1, т. 3 и ал. 2 от Закона за лечебните заведения, да бъде издаденo издадено Становище за наличие на недостатъчност за сключване на договор с НЗОК за осъществяване на пакет извънболнична медицинска помощ за следните лекари-специалисти:

1. ................................................................................................... - ..............................................

(трите имена) (специалност за договор с НЗОК)

Съгласно изискванията на чл. 81, ал. 4 от Закона за лечебните заведения, заявявам, че д-р ...................................................................... ще работи по договор с НЗОК ................ часа седмично /но не по-малко от 5 часа седмично/

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

(длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)

1. ................................................................................................... - ..............................................

(трите имена) (специалност за договор с НЗОК)

Съгласно изискванията на чл. 81, ал. 4 от Закона за лечебните заведения, заявявам, че д-р ...................................................................... ще работи по договор с НЗОК ................ часа седмично /но не по-малко от 5 часа седмично/

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

(длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)

3.................................................................................................... - ..............................................

(трите имена) (специалност за договор с НЗОК)

Съгласно изискванията на чл. 81, ал. 4 от Закона за лечебните заведения, заявявам, че д-р ...................................................................... ще работи по договор с НЗОК ................ часа седмично /но не по-малко от 5 часа седмично/

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

(длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)

**Прилагам:**

🞎 Документи, удостоверяващи, че лицата работят в ЛЗ за БП или становища от ръководителите на лечебните заведения за болнична помощ

***Забележка:*** Заявлението и придружаващите документи могат да се подадат устно – чрез съставяне на Протокол от длъжностното лице; на място на Административно гише за обслужване на физически и юридически лица в РЗИ - Враца, ул. Черни Дрин № 2; чрез лицензиран пощенски оператор или по електронен път.

**Желая да получа готовите документи:**

🞎 На място: на Административно гише за обслужване на физически и юридически лица в РЗИ – Враца, ул. ”Черни Дрин” № 2

🞎Чрез лицензиран пощенски оператор, като изразявам съгласието си разходите да бъдат за моя сметка.

🞎 По електронен път на e-mail адрес.................................................

Предоставям доброволно личните си данни за обработка и ползване от РЗИ – Враца, във връзка с правомощията на инспекцията, съгласно разпоредбите на ЗЗЛД и вътрешните правила, утвърдени в РЗИ.

**С уважение:**

……………………

(подпис)