Вх. № АУ-1660-……….../……..........20..…г.

**ДО**

**МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ЧРЕЗ**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ-ДОБРИЧ**

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

**за издаване на разрешение за осъществяване на лечебна дейност**

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

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

*(трите имена на лицето/лицата, представляващо/и лечебното заведение)*

Адрес ..............................................................тел. за връзка..................................................................

Заявявам желание, на основание чл. 46, ал. 2 от Закона за лечебните заведения да бъде издадено разрешение за осъществяване на лечебна дейност на

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

*(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация)*

ЕИК……………………………

седалище и адрес на управление.........................................................................................................

1. Лечебното заведение ще осъществява следните дейности:

*(по чл. 19, ал. 1; 26, ал. 1; 26а, ал. 1; 26б, ал. 1; 27, ал. 1; 28а, ал. 1 и 28б, ал. 1 от Закона за лечебните заведения в зависимост от вида на лечебното заведение)*

*………………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………*

1. Лечебното заведение ще осъществява дейност по следните медицински специалности:

*(посочват се медицинските специалности от Наредба № 1/2015 за придобиване на специалност в системата за здравеопазването, по които лечебното заведение ще извършва дейност)*

*………………………………………………………………………………………………………………..*

1. Лечебната дейност ще се осъществява на адрес:………………………………………………………………………………………………

в следните структури с нива на компетентност, съгласно утвърдените медицински стандарти (*клиники, отделения и клинико-диагностични структури):*

……………………………………………………………………………………………………..

*(неприложимо за дом за медико-социални грижи и тъканна банка)*

**Прилагам следните документи:**

 Документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава - за дружествата, регистрирани в държава - членка на Европейския съюз, или в държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство;

 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, 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;

 Данните от документа за самоличност - за членовете на управителните и контролните органи на лечебното заведение;

 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 ЗЛЗ и по чл. 46 от Закона за здравето.

С уважение:…………………….*(подпис)*

Дата:……………………202...г.