ДЕКЛАРАЦИЯ

.....……
(трите имена)

в качеството си на……
(управител, титуляр, участник, работещ и др.)

.....
(наименование на лечебното заведение)

.....
.....
.....
.....
адрес/и

с номер на регистрация в РЦЗ/РЗИ №.....

Лечебното заведение е представлявано от

.....……
(име, фамилия)

Декларирам, че : Нямам регистрирано лечебно заведение за ИДП на територията на друга РЗОК.

При промяна в обстоятелствата се задължавам в 7 дневен срок да уведомя писмено РЗОК.

Дата: **Декларатор:**

/име, фамилия, подпис, печат/