ДЕКЛАРАЦИЯ

.....….
(име и вид на ЛЗ за ИДП)

.....
.....
.....
.....
адрес/и

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

представлявано от
.....……
(име, фамилия)

Декларирам, че

1.Разполагам с необходимото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно Приложение № 5.

2.Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебното заведение не са членове на Детска експертна лекарска комисия (ДЕЛК) / Трудово-експертна-лекарска комисия (ТЕЛК) / Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК).

При промяна в обстоятелствата се задължавам в срок от 7 работни дни да уведомя писмено РЗОК.

Дата: **Декларатор:**

/име, фамилия, подпис, печат/