ДЕКЛАРАЦИЯ
(за групова практика, ДЦ, МДЦ)

.....
(име и вид на ЛЗ за ИДП)

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

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

Декларирам, че

1. В лечебното заведение работят следните лекари по дентална медицина за ПИДП/СИДП:

Име, фамилия	Пакет дейности*	№ на договор на лекар по дентална медицина, работещ в ЛЗ за ДП (отнася се за групова практика, ДЦ, МДЦ)	Срок на договор** от.....до.....

*В графата се вписва пакета дентална помощ, за който се сключва договора. (“Първична извънболнична дентална помощ, Специализирана детска дентална помощ”, “Специализирана хирургична дентална помощ”, Специализирана извънболнична дентална помощ под обща анестезия”)

**Следва да бъде отразена датата на влизане в сила на договора, и дата на прекратяване, в случаите когато лицето е нает на срочен договор.

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)

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

Дата: **Декларатор:**

/име, фамилия, подпис, печат/