

ДЕКЛАРАЦИЯ

за предстояща хирургична интервенция с използване на медицински изделия, чиято стойност не се заплаща от НЗОК и Републиканския бюджет

Подписаният/та:
/име презиме фамилия/

Осигурен от

ЕИК/ЕГН: тел./факс GSM: e-mail:

Адрес: гр. ул./жк. №, бл., вх., ет., ап.

С настоящето

ДЕКЛАРИРАМ,

На дата ми предстои следната планова хирургична интервенция

(посочва се конкретната интервенция, манипулация или друга специфична част от диагностично - лечебния процес)

с използване на следните медицински изделия, необходими за лечението ми в болнична помощ, чиято стойност не се заплаща от НЗОК и Републиканския бюджет

(посочват се вид, марка, модел, количество и единична цена)

Хирургичната интервенция ще бъде извършена в:

.....
/име на болницата, клиника, отделение/

Информиран съм, че съгласно Чл. 82б. от Закона за здравето:

- (1) Лечебните заведения за болнична помощ са длъжни да осигурят на пациентите необходимите за лечението им медицински изделия.
- (2) Медицинските изделия по ал. 1 се осигуряват чрез болничните аптеки на лечебните заведения за болнична помощ.
- (3) Когато медицинските изделия по ал. 1 не се заплащат от Националната здравноосигурителна каса или от републиканския бюджет, пациентите ги заплащат по цените, на които ги е закупило лечебното заведение.

За „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД:

Име:
/подпис/

Дата:

Декларатор:

Град:

/подпис/