

### 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 .....

ЕГН....., адрес: гр....., .....

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.

Дата :

Съгласувано: .....

*/подпис/*

За „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД

Декларатор .....

*/подпис/*

*/три имена/*