

**УТВЪРДИЛ:**

29.3.2021 г.

**X** Костадин Ангелов

Проф. д-р Костадин Ангелов, д.м.  
Министър на здравеопазването  
Signed by: Kostadin Georgiev Angelov

ДО  
МИНИСТЪРА НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

на основание чл. 2б, ал. 4 от Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

ОТ.....,

.....

*(пълно наименование на лечебното заведение, населено място)*

представявано от .....

*(трите имена и длъжност на ръководителя на лечебното заведение)*

седалище и адрес на управление.....

телефон.....факс.....електронен адрес.....

Уважаеми г-н министър,

Моля, представляваното от мен лечебно заведение да бъде определено за краен получател по чл. 2б от Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за получаване на лекарствени продукти, за лечение на следните заболявания:

заболяване	отбележете с X
ХИВ/СПИН	
Туберкулоза	
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост	

Желая, представляваното от мен лечебно заведение да бъде определено за краен получател по чл. 2б от Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за получаване на радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори, предназначени за лечение и диагностика.

ДА	НЕ
----	----

*(вярното се подчертава)*

Прилагам следните документи.....

*(описват се всички приложени към заявлението документи)*

Дата:

.....

Заявител:

.....

*(подпис)*