МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

 РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – ПЛЕВЕН

5800 Плевен ул. Княз Александър Батенберг І N 7 Директор: /064/ 82 33 04

Тел.централа**:** 064/ 82 34 09; 84 60 98

Факс: 064/ 82 33 04 E mail address: rzi@rzi-pleven.com

**УДОСТОВЕРЕНИЕ**

**№ ………. / ……………..**

 На основание чл. 81, ал. 2 от Закона за лечебните заведения и в съответствие с Националната здравна карта на Република България, РЗИ дава становище, че лечебното заведение:

……………………………………………………………………………………………..

/наименование на ЛЗ/

 с Рег. № …………………………. и адрес …………………………………… може да сключи договор с НЗОК за извършване на специализирана извънболнична медицинска помощ, за следните лекари по специалности:

1. ………………….……….……–……….…………/минимум 10 часа седмично/

 /трите имена/ /специалност/

1. ………………….……….……–……….…………/минимум 10 часа седмично/

 /трите имена/ /специалност/

1. ………………….……….……–……….…………/минимум 10 часа седмично/

 /трите имена/ /специалност/

1. ………………….……….……–……….…………/минимум 10 часа седмично/

 /трите имена/ /специалност/

1. ………………….……….……–……….…………/минимум 10 часа седмично/

 /трите имена/ /специалност/

*Директор РЗИ - Плевен*