**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по чл. 43 от Закона за лечебните заведения**

за липса на промяна във всички останали документи и обстоятелства

От..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(трите имена на лицето/лицата, представляващо/и лечебното заведение)*

Изпълнителен директор/Управител на: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация)*

ЕИК…………………………,

седалище и адрес на управление:.……………………………………………………………………

Декларирам, че липсва промяна във всички останали документи и обстоятелства, освен заявените и удостоверени нови обстоятелства. Известна ми е наказателната отговорност за деклариране на неверни данни, съгласно чл. 313 от Наказателния кодекс.

дата……………………… Декларатор:………………………………….

гр………………………... (подпис)