**ПРОЕКТ!**

**Приложение № 1**

**Образец на Заявление**

**към Условия и ред за сключване на индивидуални договори за отпускане и заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, съгласувани между НЗОК и БФС на основание чл. 45, ал. 17 от ЗЗО**

**ДО ДИРЕКТОРА НА**

**РЗОК ГР....................**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от ……….................................................................................,

*(пълно наименование на притежателя на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека)*

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

……….....................................................................................................,

представлявано от ………………………………………………......................................

*(за юридическо лице - пълно наименование на представителя, седалище и адрес на управление; за физическо лице - трите имена, ЕГН, постоянен адрес)*

в качеството му на…………….................................................

с документ, удостоверяващ представителната власт\*: …………………………...........

*(\*попълва се само от заявители, които са упълномощени лица, или от заявители, регистрирани в друга държава - членка на Европейския съюз, или в държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство)*

IBAN …………………………...…..,

BIC ………................................................................................................................,

банка (клон) ………..................................................................................................,

тел./факс: ………......................................................................................................,

e-mail ………................................................................................................................

Разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти № ................../ …………...,

издадено от ………..........................................................................................................

Адрес на аптеката: област ………...................................................................................,

община ............................., гр./с. ………………………………………………………...,

ул. ...................................... №.., тел.: .................................., факс: ....................................... ,

ръководител на аптеката ……………………………….…..

маг.-фарм. …………………………………………………….….,

ЕГН ..................................................., УИН ……………….………………………….…..

Адрес за кореспонденция: ……………………………………………

Телефон: ……………………………………………………….…,

факс: ………......................................................................................................................

е-mail ………...................................................................................................,

моб. телефон: ……….........................................................................................................

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН/ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

На основание чл. 7, ал. 1, чл. 16 и чл. 19б от *Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от НЗОК на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК* (Наредба № 10) кандидатствам за сключване на договор за отпускане на следните продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК:

1. Всички лекарствени продукти по чл. 1, ал. 1, извън тези по ал. 2, т. 2 

2. Лекарствени продукти от следните групи:

2.1. Лекарствени продукти от група IА, предписвани по "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" (обр. МЗ-НЗОК) 

2.2. Лекарствени продукти от група IВ, предписвани по "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" (обр. МЗ-НЗОК) 

2.3. Лекарствени продукти от група IС, предписвани по "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" (обр. МЗ-НЗОК):

2.3.1. Лекарствени продукти за поддържаща хормонална терапия на болни от злокачествени заболявания 

2.3.2. Лекарствени продукти - аналогови инсулини 

2.3.3. Лекарствени продукти, предназначени за поддържащо лечение на трансплантирани пациенти 

2.3.4. Лекарствени продукти от група IС без тези по т. 2.4.1., т. 2.4.2. и т. 2.4.3 

2.4. Лекарствени продукти, съдържащи едно активно вещество (монопродукти) за лечение на заболяването есенциална хипертония с МКБ код I0;

2.5.ЛП, за домашно лечение на задължително осигурени лица с диагноза COVID-19

(МКБ код U07.1) 

*(в случай че изпълнителят ще отпуска лекарствени продукти от съответната група по чл. 1, ал. 2, т. 2, в квадратчето срещу нея се поставя знак "Х")*

3. Медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели по ал. 1 от следните групи:

1. Диетични храни за специални медицински цели 

2. Медицински изделия за стомирани болни 

3. Медицински изделия - тест-ленти 

4. Медицински изделия - превръзки за булозна епидермолиза 

5. Медицински изделия за прилагане с инсулинова помпа 

6. Сензори за продължително измерване на нивото на глюкозата 

7. Интермитентни катетри 

*(в случай че изпълнителят ще отпуска медицински изделия и/или диетични храни за специални медицински цели по чл. 2, ал. 2, в квадратчето срещу съответната група се поставя знак "Х")*

Прилагам следните документи:

1. документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната друга държава на кандидата - само за дружествата, регистрирани в друга държава - членка на Европейския съюз, или в държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство;

2. разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека, издадено по реда на ЗЛПХМ - заверен от кандидата препис;

3. лицензия за търговия на дребно и съхраняване на наркотични вещества - в случаите, когато аптеката ще отпуска лекарствени продукти, съдържащи наркотични и упойващи вещества - заверен от кандидата препис;

4. договор за управление или трудов договор на ръководителя на аптеката в случаите, когато същият работи по трудово правоотношение - заверен от кандидата препис;

5. декларация по образец съгласно приложение № 2 и копие от потвърдената регистрация на трудовите договори в НАП на работещите в аптеката магистър-фармацевти - заверен от кандидата препис;

6. удостоверения за членство в Българския фармацевтичен съюз и за преминати форми за продължаващо медицинско обучение на ръководителя на аптеката и на работещите в нея магистър-фармацевти, издадени от съответната регионална колегия на БФС, с посочен адрес по месторабота на лицата според Националния електронен регистър на членовете на БФС - оригинал;

7. декларация за свързани лица по смисъла на § 1 от Търговския закон с други търговци на дребно с лекарствени продукти по образец съгласно приложение № 5.

Дата:. .........................… ….................................................

*(подпис и печат на заявителя)*