



## ДЕКЛАРАЦИЯ

Аз, долуподписаният/та:

.....

ЕГН.....или /ЛНЧ за чужденци/.....

с настоящ адрес: .....

ЛИЧЕН ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР:.....

*/задължително поле за попълване/*

### ДЕКЛАРИРАМ:

1. Информиран/а съм за Наредба №10/02.12.2015 г. на Министерство на здравеопазването за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от Националната здравноосигурителна каса.
2. Съгласен/а съм да постъпя за лечение в Клиника/Отделение по ..... на "МБАЛ Свети Пантелеймон-Плевен" ООД.
3. Съгласен/а съм "МБАЛ Свети Пантелеймон-Плевен" ООД да предостави на определен от НЗОК изпълнител по проучване и анализ на общественото мнение, **инициалите ми**, наименованието на лечебното заведение и болничната структура, в която е проведено лечението ми, телефонния ми номер с цел упражняване на финансов и медицински контрол и тази информация да бъде публикувана в официалната страница на НЗОК в интернет или да бъде поставена на видно място в лечебното заведение.

ДАТА: .....

ДЕКЛАРАТОР:.....