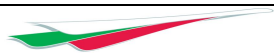



## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА АеМС

<b>1 Кандидат</b>		
<b>1.1 Информация за кандидата</b>		
<b>1.1.1 Данъчен №</b>		
<b>1.1.2 Име на кандидата</b>		
<b>1.1.3 Адрес</b> (по регистрация)	улица / №	
	П К	
	Град	
	Държава	
<b>1.1.4 Лице за контакт</b>	<input type="checkbox"/> Г-н. <input type="checkbox"/> Г-жа	
	Фамилия	
	Име	
	длъжност	
	тел/факс	
	Email	
<b>1.2 Авио Медицински Център</b>	<input type="checkbox"/> същото като 1.1 (→продължете в 1.3)	
<b>1.2.1 Име на Авио Медицинския Център</b>	<input type="checkbox"/> същото като 1.1.2	<input type="checkbox"/> друго (уточнете по-долу)
	Име	
<b>1.2.2 Адрес на Авио Медицинския Център</b>	<input type="checkbox"/> същият като 1.1.3	<input type="checkbox"/> друг (уточнете по-долу)
	улица / №	
	П К	
	Град	
	Държава	
<b>1.2.3</b> Използвайте <b>Приложение I</b> за да изброите цялата медицинска техника и апаратура, свързани с одобрението, включително спомагателни клинични бази.		

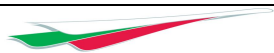


## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА АЕМС

<b>1.3 Данни за фактуриране</b>		<input type="checkbox"/> същите като 1.1 (→продължете с 1.4)	
<b>1.3.1 Име на кандидата</b>	<input type="checkbox"/> същото като 1.1.2		<input type="checkbox"/> друго (уточнете по-долу)
	Име		
<b>1.3.2 Адрес за фактури</b>	<input type="checkbox"/> същият като 1.1.3		<input type="checkbox"/> друг (уточнете по-долу)
	улица /№		
	П. кутия		
	П К		
	Град		
	държава		
<b>1.3.3 МОЛ</b>	<input type="checkbox"/> същото като 1.1.4		<input type="checkbox"/> друго (уточнете по-долу)
		<input type="checkbox"/> Г-н <input type="checkbox"/> Г-жа	
	Фамилия		
	Име		
	Длъжност		
	Тел /факс		
<b>1.4 Данни за получателя на сертификата</b>		<input type="checkbox"/> същите като 1.1	
<b>1.4.1 Име на кандидата</b>	<input type="checkbox"/> същото като 1.1.2		<input type="checkbox"/> друго (уточнете по-долу)
	Име		
<b>1.4.2 Адрес за доставка</b>	<input type="checkbox"/> същият като 1.1.3		<input type="checkbox"/> друго (уточнете по-долу)
	улица / №		
	П. Кутия		
	П К		
	Град		
	държава		
<b>1.4.3 Лице за контакт</b>	<input type="checkbox"/> същото като 1.1.4		<input type="checkbox"/> друго (уточнете по-долу)
		<input type="checkbox"/> Г-н <input type="checkbox"/> Г-жа	
	Фамилия		
	Име		
	Длъжност		
	тел/факс		
	Email		

		<i>Главна Дирекция „Гражданска Въздухоплавателна Администрация“</i>	
		<b>ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА А<sub>e</sub>МС</b>	
<b>Описание на дейността</b>			
<input type="checkbox"/> Първоначално одобрение			
<input type="checkbox"/> Промяна на сертификат	BGR CAA N°:		
<input type="checkbox"/> Предишен сертификат <sup>1</sup> Приложете копие	N°:		
<b>Начало на дейността, считано от</b>	(ДД.ММ.ГГГГ)		
<b>2. Началник на А<sub>e</sub>МС</b>			
<b>2.1 Име</b>			
<b>2.2 АМЕ №</b>			
<b>2.3 Одобрение за Class 1 от</b>	(ДД.ММ.ГГГГ)		
<b>3. Имена на квалифицирани АМЕ(та)</b>			
Използвай Приложение II - списък АМЕ(та), квалифициран медицински персонал и специалисти-консултанти.			
<b>4. Документи и наръчници приложени към заявлението</b>			
<input type="checkbox"/> Система за управление на качеството <input type="checkbox"/> Други наръчници <input type="checkbox"/> CV на началник А <sub>e</sub> МС <input type="checkbox"/> Документи и файлове за клинични връзки с болници или медицински институти <input type="checkbox"/> Дипломи за квалификация на персонала			
<b>5. Описание на системата за управление</b>			
<b>Вид</b>	<b>Справка в документацията на организацията</b>		
5.1 Подробно описание на функцията за наблюдение на съответствието на системата за управление	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация		
5.2 Списък със средствата и методите, приложими за първоначално и последващо постигане на съответствие с изискванията	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация		
5.3 Средства и методи за установяване процеса на вътрешен одит	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация		
5.4 Средства и методи за създаване на система за обратна връзка на одитни констатации на отговорния ръководител	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация		
5.5 Номинирано лице(а) отговорно за съответствие с приложимите изисквания	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация		
5.6 Средства и методи за запознаване на персонала с отговорностите им	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация		
5.7 Процедура за допълнение и изменение на	Моля въведете препратка в документацията на вашата		

<sup>1</sup> Съгласно чл. 10с т. (2) на Regulation (EU) No 1178/2011 допълнена с Regulation (EU) No 290/2012



**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА АЕМС**

документацията	организация
5.8 Средства и методи за осигуряване на първоначално и последващо съответствие с договорените дейности	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация
5.9 Съответствие с изискването за пряка отчетност по безопасност	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация
5.10 Съответствие с изискването за политика на безопасност	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация
5.11 Съответствие с изискването за идентификация на риска в авиационната безопасност произтичащи от дейността на организацията	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация
5.12 Съответствие с изискванията за оценката и управлението на рисковете свързани с авиационната безопасност	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация
5.13 Съответствие с изискванията за действия предприети за намаляване на риска и проверка на тяхната ефективност	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация
5.14 Съответствие с изискванията за уведомяване на персонала за отговорностите му по отношение функциите за безопасност	Моля въведете препратка в документацията на вашата организация

**6. Забележка**

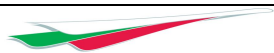
Ако отговорите на някои от горните въпроси са непълни, моля да предоставите подробности за алтернативни договорености.

**7. Декларация на заявителя**

Аз, долуподписаният, от името на заявителя, посочен в 1.1.2, декларирам, че всички посочени по-горе лица и данни са пълни и верни.

Място и дата	Име на отговорния ръководител	подпис

**Не забравяйте да подпишете заявлението!**

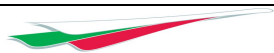


## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА АсМС

**Приложение I:** Списък на медицинска техника и апаратура, включително спомагателни клинични бази

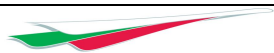
Медицинска техника и апаратура, включително спомагателни клинични бази			Специалност
1.	Име		<input type="checkbox"/> Клинично приложение <input type="checkbox"/> първоначално Class 1
	Улица №		
	РО Вох		
	Пощ. код		
	Град		
	Държава		
2.	Име		<input type="checkbox"/> Клинично приложение <input type="checkbox"/> първоначално Class 1
	Улица №		
	РО Вох		
	Пощ. код		
	Град		
	Държава		
3.	Име		<input type="checkbox"/> Клинично приложение <input type="checkbox"/> първоначално Class 1
	Улица №		
	РО Вох		
	Пощ. код		
	Град		
	Държава		
4.	Име		<input type="checkbox"/> Клинично приложение <input type="checkbox"/> първоначално Class 1
	Улица №		
	РО Вох		
	Пощ. код		
	Град		
	Държава		
5.	Име		<input type="checkbox"/> Клинично приложение <input type="checkbox"/> първоначално Class 1
	Улица №		
	РО Вох		
	Пощ. код		
	Град		
	Държава		

Добавете допълнителни редове при необходимост



## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА АеМС

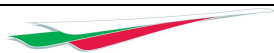
<b>Приложение I:</b> Списък на медицинска техника и апаратура, включително спомагателни клинични бази			
Списък на медицинска техника и апаратура, включително спомагателни клинични бази		АеМС	Спомагателни бази
1. Обща медицинска практика			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Кардиология			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Офталмология			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Слух			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. УНГ			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА АеМС

**Приложение I:** Списък на медицинска техника и апаратура, включително спомагателни клинични бази

Списък на медицинска техника и апаратура, включително спомагателни клинични бази		АеМС	Спомагателни бази
6. Функционален белодробен тест			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Клинично лабораторна апаратура			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ултразвук на коремни органи			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Други (уточни)			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА АЕМС

**Приложение II:** Списък квалифицирани АМЕ(та), медицински персонал и специалисти - консултанти

	Идентификация и специалност		Сертификат / диплома	Вид заетост
1.	Име		Сертификат №	<input type="checkbox"/> Пълен работен ден <input type="checkbox"/> Не пълен работен ден
	Специалност		<input type="checkbox"/> АМЕ <input type="checkbox"/> специалист-консултант	
2.	Име		Сертификат №	<input type="checkbox"/> Пълен работен ден <input type="checkbox"/> Не пълен работен ден
	Специалност		<input type="checkbox"/> АМЕ <input type="checkbox"/> специалист-консултант	
3.	Име		Сертификат №	<input type="checkbox"/> Пълен работен ден <input type="checkbox"/> Не пълен работен ден
	Специалност		<input type="checkbox"/> АМЕ <input type="checkbox"/> специалист-консултант	
4.	Име		Сертификат №	<input type="checkbox"/> Пълен работен ден <input type="checkbox"/> Не пълен работен ден
	Специалност		<input type="checkbox"/> АМЕ <input type="checkbox"/> специалист-консултант	
5.	Име		Сертификат №	<input type="checkbox"/> Пълен работен ден <input type="checkbox"/> Не пълен работен ден
	Специалност		<input type="checkbox"/> АМЕ <input type="checkbox"/> специалист-консултант	



## **Инструкция за попълване FO.AEMCA.00010:**

Това приложение ще ви предостави всички допълнителни инструкции и изисквания необходими за попълване на Заявлението за одобрение на АеМС. Моля, попълнете ясно и четливо.

### **Глави от 2 до 5**

---

- 2.1 Име и фамилия на началника на АеМС
- 2.2 АМЕ Сертификат на началника на АеМС.
- 2.3 Дата на продължаване АМЕ Сертификат на началника на АеМС за клас 1
3. В Приложение II избройте всички квалифицирани АМЕ, медицински персонал и специалисти-консултанти. Този списък трябва да е идентичен със списъка в ръководството на организацията.
4. Отбележете всеки приложен документ в заявлението.
5. За позиции от 5.01 до 5.14 посочете доказателства налични в ръководството на организацията. АеМС-та в заварено положение представят план за адаптация на системата на управление на организацията, програми за обучение, процедури и ръководства в съответствие с част ORA (приложение VII) най-късно до 08.04.2014 г. съгласно чл.10в, параграф 2 от Регламент ЕС 1178/2011 и Регламент ЕС 290/2012.
6. Приложете копие от документи за регистрация и актуално състояние.
7. Подпис на материално отговорното лице.