

ДО

Д-Р

ИНФОРМИРАНО НЕСЪГЛАСИЕ

Долуподписаните/ият:

Уведомявам Ви, че съгласно:

1. Чл. 91 от ЗЗ „Медицинска помощ против волята на пациента може да бъде оказвана само в случаи, определени със закон.“
2. Чл. 1. (1) (Доп. - ДВ, бр. 105 от 2005 г., в сила от 01.01.2006 г., изм. - ДВ, бр. 30 от 2006 г., в сила от 12.07.2006 г., доп. - ДВ, бр. 94 от 2019 г.) Държавата и общините отговарят за вредите, причинени на граждани и юридически лица от **незаконосъобразни актове, действия или бездействия на техни органи и длъжностни лица при или по повод изпълнение на административна дейност, както и за вредите, причинени от действието на отменени като незаконосъобразни или обявени за нищожни подзаконови нормативни актове.**

Декларирам, че на достъпен за мен език и след консултация с документите публикувани на официалния сайт на ЕС, ЕМА и ИАЛ съм информиран и с настоящото, считано от днес информирам и Вас относно следното:

1. Към настоящия момент прилаганите противоепидемичните мерки, въведени с действащата заповед на МЗ за носене на предпазна маска за лице на работното място е възможно да възникнат ранни и/или късни реакции и усложнения, с което не съм съгласен и което считам за създаващо опасност за живота и здравето ми.
2. Налагането на неинвазивни или инвазивни тестове, здравни манипулации (включително инжекции или допускането те да бъдат извършвани на територия, извън приетите здравни стандарти и без същата да е лечебно заведение) прехвърля отговорността от настъпването на нежелани реакции в здравето и живота ми върху въвеждащите и прилагащите тези мерки **във Ваше лице.**
3. Всички бъдещи административни, финансови и съдебни претенции, в резултат на настъпилите нежелани реакции, ще бъдат насочени **персонално към Вас,** предвид поетата от държавата отговорност за освобождаване на производителите на препарати от същата, на основание чл. 5, параграф 2 от Директива 2001/83) законодателството на ЕС.
4. Декларирам, че изразената в настоящата декларация воля е единствена, окончателна и доброволна.

ПОДПИС: