

Уважаеми колеги,

Това е инструкция как да проверите и при необходимост да коригирате данните, които БЗС има за Вас. Част от данните можете да коригирате сами, но други могат да бъдат променени само по служебен път.

1. Отворете сайта на БЗС: bzs.bg → Регистър → Вход за членове на БЗС.

2. Влезте в личния си профил.

Потребителското Ви име е Вашият ЛПК (личен професионален код, съответстващ на УИН-а при медиците).

Паролата Ви е имейл адресът, който сте предоставили на колегията.

Ако този имейл вече не е актуален, използвайте опцията „Забравен имейл“ и следвайте инструкциите.

Ако БЗС изобщо няма Ваш имейл, трябва да се свържете с нас, защото първоначалното въвеждане на имейл може да стане само по служебен път.

Ако имате затруднения, можете да се обадите на техническия сътрудник на РК Варна г-жа Наталия Панева на телефон 0879 067867 или да пишете на bzs.varna@gmail.com.

3. От личния си профил можете самостоятелно да промените телефонния си номер, имейл адреса и паролата. За целта изберете „Настройки“, направете корекциите и ги запишете.

4. Промяната на други данни - смяна на имена, адреси, лечебно заведение (ЛЗ), придобиване на специалност или научна степен - се извършва само по служебен път. Необходимо е да изпратите имейл на bzs.varna@gmail.com със съответната информация:

4.1 Смяна на имена:

Изпратете свободен текст със следната информация:

- Имената по лична карта:
- Номер на личната карта:
- Дата на издаване:
- Издадена от:
- Постоянен адрес:

Не е необходимо да изпращате копие на личната си карта.

4.2 Промяна на адрес:

Изпратете свободен текст със следната информация:

- Адрес на лечебното заведение, където работите:
- Адрес за кореспонденция (за получаване на вестник *ДентаМедика* и друга хартиена кореспонденция от БЗС):

4.3 Регистрация или промяна на лечебно заведение (ЛЗ):

а) Ако Вие **представявате** лечебното заведение – изпратете копие от документа, с който ЛЗ е регистрирано от РЗИ/Медицински надзор.

б) Ако **работите** в лечебното заведение, но не го представявате – изпратете свободен текст с информация за договора:

- Договор № от (дата)
- Между (наименование на ЛЗ), представлявано от (име на управителя) и (Вашите имена)
- Назначен като: (длъжността Ви)
- Адрес на ЛЗ:

Не е необходимо да изпращате копие от договора.

4.4 Придобиване на специалност и/или научна степен:

Изпратете копие от документа, издаден от съответния медицински университет.

Благодарим Ви за съдействието!

УС на РК Варна