
ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

**ФИНАНСОВО-ОТЧЕТНИ ДОКУМЕНТИ ЗА КОМПЛЕКСНО
ДИСПАНСЕРНО (АМБУЛАТОРНО) НАБЛЮДЕНИЕ**

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО (АМБУЛАТОРНО) НАБЛЮДЕНИЕ ПО ДОГОВОР №

☐ за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверявано от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

☐ фактура ☐ дебитно известие ☐ кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. /дата..... ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ ЛЗ по чл.5 и чл.9 от ЗЛЗ ☐ ЛЗ по чл.10, т. 3 от ЗЛЗ ☐ ЛЗ по чл.10, т. 3а от ЗЛЗ

Име Представяващ лечебното заведение УИН

№ по ред	Название на дейността	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I.	Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания			
II.	Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания			
	Всичко по спецификацията:		x	

I	Брой специализирани медицински дейности	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Издадени направления бланка МЗ-НЗОК №10 за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности.

Дата: Проверили:

Дата: подпис

подпис

Дата:

Подпис: печат

Регистрационен номер на лечебното заведение									
Име на леч. заведение									
Област:		Община:							
Гр. (с.)		Ул.		No.					
Ж.к		бл		вх		ет		ап	

Банка	
BIC	
IBAN	
БУЛСТАТ	

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕЙНОСТ ПО КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО (АМБУЛАТОРНО) НАБЛЮДЕНИЕ НА ЗДРАВНОЕОСИГУРЕНИ ЛИЦА ПО ДОГОВОР №

☐ фактура ☐ дебитно известие ☐ кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. /дата..... ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ ЛЗ по чл.5 и чл.9 от ЗЛЗ ☐ ЛЗ по чл.10, т. 3 от ЗЛЗ ☐ ЛЗ по чл.10, т. 3а от ЗЛЗ

Име	Представляващ ЛЗ	УИН											
-----	---------------------------------------	-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

No.	Наименование на дейността	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I	Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания			
II	Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания			
	Всичко по спецификацията		x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности.

Проверили:	
Дата:	
Дата:	
	подпис
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

За Националната здравно-осигурителна каса:

Председател на НС на НЗОК:
Росица Велкова - Желева

Членове на НС на НЗОК:
Галя Александрова

д-р Христо Стоянов

Борис Михайлов

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Боян Бойчев

Тодор Воденичаров

д-р Стойчо Кацаров

За Българския лекарски съюз:

Председател на УС на БЛС:
д-р Николай Брънзалов

Членове на УС на БЛС:
д-р Иван Маджаров

д-р Валери Веселинов

д-р Валентин Пеев

д-р Николай Колев

д-р Генка Пейчева

д-р Георги Миндов

доц. д-р Георги Тодоров

д-р Иво Парунов

д-р Кирил Недялков

д-р Мария Ганчевска -Царева

проф. д-р Огнян Хаджийски

д-р Росен Айков

д-р Христо Димитров

проф. д-р Христо Шивачев

Управител на НЗОК:
д-р Владимир Даскалов

Съгласувал:
Министър на здравеопазването:
Катя Ивкова