

---

## **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, удостоверено 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.3а от ЗЛЗ  ЛЗ по чл.10, т.3б 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			
	<b>Всичко по спецификацията:</b>		<b>x</b>	

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 ЗДРАВНОНЕОСИГУРЕНИ 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.3а от ЗЛЗ  ЛЗ по чл.10, т.3б от ЗЛЗ

Име  Представляващ ЛЗ  УИН

№.	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.

Дата:	Проверили:	
Дата:		подпис
		подпис

Дата:	
Подпис:	печат

**За Националната здравно-осигурителна каса:**

**Председател на НС на НЗОК:**  
доц. Михаил Околийски

**Членове на НС на НЗОК:**

проф. Илко Гетов

Георги Клисурски

проф. Григор Димитров

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Румен Спецов

Тодор Воденичаров

Пламен Таушанов

**За Българския лекарски съюз:**

**Председател на УС на БЛС:**  
д-р Иван Маджаров

**Членове на УС на БЛС:**

д-р Николай Брънзалов

проф. д-р Христо Шивачев

д-р Валентин Пеев

д-р Ваня Добрева-Павлова

д-р Николай Колев

д-р Валери Веселинов

доц. д-р Стоян Сопотенски

д-р Гургана Николова

д-р Йордан Гечев

д-р Иво Парунов

проф. д-р Милена Станева

проф. д-р Огнян Хаджийски

д-р Жанина Калинкова

д-р Росен Айков

**Управител на НЗОК:**  
Станимир Михайлов

**Съгласувал:**

**Министър на здравеопазването:**  
проф. д-р Христо Хинков