
ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

ФИНАНСОВИ ДОКУМЕНТИ

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No.

ЗА ПЕРИОД ОТ:

ДО:

Вид на лечебното заведение

☐ индивидуална практика
 ☐ групова практика

Име

Представяващ лечебното заведение

ЕГН

УИН

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I	Капитационно заплащане*	x	x	x
1	ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години в т.ч.:		1.00	
a	Лица от 0 до 1 година		x	x
б	Лица от 1 до 2 години		x	x
в	Лица от 2 до 7 години		x	x
г	Лица от 7 до 18 години		x	x
2	ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години		0.72	
3	ЗЗОЛ на възраст над 65 години		1.09	
	Общо по I (1+2+3)		x	
II	Дейност по програма “Детско здравеопазване”	x	x	x
1a	Брой ЗЗОЛ включени в програмата (от 0 до 1 година)		x	x
1	Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година		3.50	
2a	Брой ЗЗОЛ включени в програмата (от 1 до 2 година)		x	x
2	Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години		3.50	
3	Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години		3.65	
4	Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години		6.25	
5	Имунизации на деца от 0 до 18 години (в т.ч. Манту)		1.60	
	Общо по II (1+2+3+4+5)	x	x	
III	Дейност по програма “Майчино здравеопазване”	x	x	x
1	Брой ЗЗОЛ включени в програмата		x	x
a	Профилактични прегледи		1.30	
IV	Дейност по диспансерно наблюдение*	x	x	x
1	Брой диспансеризирани при ОПЛ ЗЗОЛ		1.25	
a	Посещения на диспансеризирани при ОПЛ ЗЗОЛ		x	x
V	Профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 г.		4.15	
VI	Инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони		4.15	
VII	Неблагоприятни условия*	x	x	
VIII	Еднократно плащане за неблагоприятни условия	x	x	
IX	Заплащане по чл.137 т.8	x	x	
X	Брой прегледи извън включените по II, III, IV, V и VI		x	x
	Обща сума по спецификацията (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII+ IX):	x	x	

КОРЕКЦИИ КЪМ СПЕЦИФИКАЦИЯ ЗА МЕСЕЦ

КЪМ ФАКТУРА No.

ЗА ПЕРИОД ОТ:

ДО:

I	Капитационно заплащане	Брой ЗЗОЛ	Брой ЗЗОЛ след корекцията	Новозап исани	Отписан и	Ед. цена (лв.)	Сума по корекци ята (лв.)
1	ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години в т.ч. :					1.00	
а	Лица от 0 до 1 година					х	х
б	Лица от 1 до 2 години					х	х
в	Лица от 2 до 7 години					х	х
г	Лица от 7 до 18 години					х	х
2	ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години					0.72	
3	ЗЗОЛ на възраст над 65 години					1.09	
	Общо по I (1+2+3)	х	х	х	х	х	
II	Дейност по диспансерно наблюдение	х	х	х	х	х	х
1	Брой диспансеризирани при ОПЛ ЗЗОЛ					1.25	
III	Неблагоприятни условия	х	х	х	х	х	
	Общо (I+II+III)			х	х	х	
	Общо по спецификацията (дейност+корекции):			х	х	х	
I	Регулативни стандарти за направления	Брой/стойност назначени направления/изследвания					
		За месец		С натрупване за тримесечие			
1	Издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 3 за :						
а	ЗЗОЛ с остро заболяване (тип 1)						
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение (тип 2)						
в	ЗЗОЛ за диспансерно интердисциплинарно наблюдение тип (4)						
г	Профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи (тип 7)						
д	Избор (преизбор) на специалист водещ диспансерно наблюдение (тип 3)						
е	Преизбор на специалист по АГ по програма «Майчино здравеопазване» (тип 11)						
ж	Преизбор на специалист педиатър по програма «Детско здравеопазване» (тип 12)						
2	Стойност на издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 4 за :						
а	ЗЗОЛ с остро заболявания (тип 1)						
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване неподлежащо на дисп. Наблюдение (тип2)						
в	ЗЗОЛ за диспансерно наблюдение (тип 4)						
г	За медицинска експертиза (тип 6)						
д	За профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст (тип 7)						
е	За ВСМДИ по искане на ТЕЛК, НЕЛК (тип 8)						
ж	По програма “Майчино здравеопазване”(тип 9)						
з	По програма “Детско здравеопазване” (тип 10)						
и	Подготовка за ТЕЛК (тип 13)						
II	Издадени направления извън регулативни стандарти	Брой назначени направления					
		За месец		С натрупване за тримесечие			
1	Издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 3 към :						
а	Специалист, по повод остро заболяване, издава се само от ОПЛ за консултация на ЗЗОЛ до 14 годишна възраст със специалист педиатър, еднократно за всяко остро заболяване (тип 1)						
б	Специалист, изпълняващ програма “Майчино здравеопазване” издава се само от ОПЛ, еднократно за периода на бременността (тип 9)						
в	Специалист, изпълняващ програма „Детско здравеопазване”; издава се само от ОПЛ, еднократно, до навършване на 18 годишна възраст на детето (тип 10)						
2	Издадени талони бланка МЗ–НЗОК № 6 за медицинска експертиза						

* Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, капитационното заплащане, диспансерното наблюдение и заплащането за неблагоприятни условия се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

Спецификацията съдържа като неразделна част:

_____ броя отчети за извършена медицинска дейност от лекар в групова практика, _____ броя регистри по програми «Майчино здравеопазване», _____ броя регистри по програма «Детско здравеопазване», _____ броя регистри за диспансеризирани ЗЗОЛ, _____ броя регистри «Профилактиктични прегледи и изследвания на ЗЗОЛ над 18 години» и _____ броя регистри «Рискови групи при ЗЗОЛ над 18 години».

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : _____ Подпис: _____

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 Банков код Сметка No. БУЛСТАТ Данъчен No.
---	---

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕКАР В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

(ПОПЪЛВА СЕ САМО ОТ ЛЕКАРИ В ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име	ЕГН УИН
---	--

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I	Капитационно заплащане*	x	x	x
1	ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години в т.ч.:		1.00	
а	Лица от 0 до 1 година		x	x
б	Лица от 1 до 2 години		x	x
в	Лица от 2 до 7 години		x	x
г	Лица от 7 до 18 години		x	x
2	ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години		0.72	
3	ЗЗОЛ на възраст над 65 години		1.09	
	Общо по I (1+2+3)		x	
II	Дейност по програма "Детско здравеопазване"	x	x	x
1а	Брой ЗЗОЛ включени в програмата		x	x
1	Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година		3.50	
2а	Брой ЗЗОЛ включени в програмата		x	x
2	Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години		3.50	
3	Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години		3.65	
4	Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години		6.25	
5	Имунизации на деца от 0 до 18 години (в т.ч. Манту)		1.60	
	Общо по II (1+2+3+4+5)	x	x	
III	Дейност по програма "Майчино здравеопазване"	x	x	x
1	Брой ЗЗОЛ включени в програмата		x	x
а	Профилактични прегледи		1.30	
IV	Дейност по диспансерно наблюдение*	x	x	x
1	Брой диспансеризирани при ОПЛ ЗЗОЛ		1.25	
а	Посещения на диспансеризирани при ОПЛ ЗЗОЛ		x	x
V	Профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 г.		4.15	
VI	Инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони		4.15	
VII	Неблагоприятни условия*	x	x	x
VIII	Еднократно плащане за неблагоприятни условия	x	x	x
IX	Заплащане по чл.137 т.8	x	x	
X	Брой прегледи извън включените по II, III, IV, V и VI		x	x
	Обща сума по отчет (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII+ IX):	x	x	

КОРЕКЦИИ КЪМ ОТЧЕТ ЗА МЕСЕЦ

КЪМ ФАКТУРА No. _____

ЗА ПЕРИОД ОТ: _____

ДО: _____

I	Капитационно заплащане	Брой ЗЗОЛ	Брой ЗЗОЛ след корекцията	Новозаписани	Отписани	Ед. цена (лв.)	Сума по корекцията (лв.)
1	ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години в т.ч. :					1.00	
а	Лица от 0 до 1 година					х	х
б	Лица от 1 до 2 години					х	х
в	Лица от 2 до 7 години					х	х
г	Лица от 7 до 18 години					х	х
2	ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години					0.72	
3	ЗЗОЛ на възраст над 65 години					1.09	
	Общо по I (1+2+3)	х	х	х	х	Х	
II	Дейност по диспансерно наблюдение	х	х	х	х	Х	х
1	Брой диспансеризирани при ОПЛ ЗЗОЛ					1.25	
III	Неблагоприятни условия	х	х	х	х	Х	
	Общо (I+II+III)			х	х	Х	
	Общо по отчет (дейност+корекции):			х	х	х	

I	Регулативни стандарти за направления	Брой/стойност назначени направления/изследвания	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Издадени направления бланка МЗ-НЗОК № 3 за :		
а	ЗЗОЛ с остро заболяване (тип 1)		
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение (тип 2)		
в	ЗЗОЛ за диспансерно интердисциплинарно наблюдение тип (4)		
г	Профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи (тип 7)		
д	Избор (преизбор) на специалист водещ диспансерно наблюдение (тип 3)		
е	Преизбор на специалист АГ по програма «Майчино здравеопазване» (тип 11)		
ж	Преизбор на специалист педиатър програма «Детско здравеопазване» (тип 12)		
2	Стойност на издадени направления бланка МЗ-НЗОК № 4 за :		
а	ЗЗОЛ с остро заболявания (тип 1)		
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване неподлежащо на дисп. Наблюдение (тип2)		
в	ЗЗОЛ за диспансерно наблюдение (тип 4)		
г	За медицинска експертиза (тип 6)		
д	За профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст (тип 7)		
е	За ВСМДИ по искане на ТЕЛК, НЕЛК (тип 8)		
ж	По програма «Майчино здравеопазване»(тип 9)		
з	По програма «Детско здравеопазване» (тип 10)		
и	Подготовка за ТЕЛК (тип 13)		
II	Издадени направления извън регулативни стандарти	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Издадени направления бланка МЗ-НЗОК № 3 към :		
а	Специалист, по повод остро заболяване, издава се само от ОПЛ за консултация на ЗЗОЛ до 14 годишна възраст със специалист педиатър, еднократно за всяко остро заболяване (тип 1)		
б	Специалист, изпълняващ програма «Майчино здравеопазване» издава се само от ОПЛ, еднократно за периода на бременността (тип 9)		
в	Специалист, изпълняващ програма «Детско здравеопазване»; издава се само от ОПЛ, еднократно, до навършване на 18 годишна възраст на детето (тип 10)		
2	Издадени талони бланка МЗ-НЗОК № 6 за медицинска експертиза		

*Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, капитационното заплащане, диспансерното наблюдение и заплащането за неблагоприятни условия се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

Отчетът съдържа като неразделна част регистър по програма «Детско здравеопазване», регистър за диспансеризирани ЗЗОЛ, регистър «Профилактикитични прегледи и изследвания на ЗЗОЛ над 18 години», регистър «Рискови групи при ЗЗОЛ над 18 години» и регистър по програма «Майчино здравеопазване».

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:.....

Проверили:		Дата:	
Дата:		Подпис:	
Дата:		печат	

Регистрационен номер на лечебното заведение Име на леч. заведение Област: Община: Гр. (с.) Ул. No. Ж.к. бл. вх. ет. ап.	Банка Банков код Сметка No. БУЛСТАТ Данъчен No.
---	--

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

(ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА, ГРУПОВА ПРАКТИКА, МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР, МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР И ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на ЛЗ ☐ индивидуална практика ☐ груповая практика ☐ медико-стоматологичен център
☐ медицински център ☐ диагностично-консултативен център

Код на специалността _____/с думи/_____ за индивидуална или груповая практика

Име	ЕГН УИН
---	--

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I	Първични посещения	X	X	X
1	Прегледи по чл. 146, ал. 1, т.1 от НРД 2006.		12.00	
2	На ЗЗОЛ от 0-14 г. при специалист "Детски болести" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния (чл.146, ал.1, т.2 от НРД 2006)		12.00	
3	За специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология") изпълняващи процедури по чл.147 ал.5 от НРД 2006 (146, ал. 1, т.1 във връзка с чл. 147, ал.5)		12.00	
	Общо по I (1+2+3)		X	
II	Вторични посещения	X	X	X
1	Прегледи по чл. 146, ал. 1, т.1 и чл. 147, ал. 4 от НРД 2006.		5.90	
2	На ЗЗОЛ от 0-14 г. при специалист "Детски болести" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния (чл.146, ал.1, т.2 и чл. 148, ал. 4 от НРД 2006)		5.90	
3	За специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология") изпълняващи процедури (146, ал. 1, т.1 във връзка с чл. 147, ал.5 от НРД 2006)		5.90	
	Общо по II (1+2+3)		X	
III	Профилактични прегледи на ЗЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по "Детски болести" (чл. 146, ал.1, т.3 от НРД)		5.90	
	Брой новозаписани ЗЗОЛ през отчетния период (отчетени направления)		X	X
IV	Профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване" (чл. 146, ал.1, т.4 от НРД)		5.90	
	Брой новозаписани ЗЗОЛ през отчетния период (отчетени направления)		X	X
V	Профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 г от рискови групи (чл. 146, ал.1, т.5 от НРД)		5.90	
VI	Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ по чл. 146, т. 6 с едно или повече заболявания (чл. 146, ал.1, т.6 от НРД)		5.90	
	Брой новозаписани ЗЗОЛ през отчетния период (отчетени направления)		X	X
VII	Информация за броя на лицата по Наредба №39 от 16.11.2004 г. на МЗ	X	X	X
	Брой диспансеризирани ЗЗОЛ по заболявания към края на отчетния период		X	X
	Брой лица по програма "Майчино здравеопазване" към края на отчетния период		X	X
	Брой лица по програма "Детско здравеопазване" към края на отчетния период		X	X

No.	Видове плащания					Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
VIII	Дейност по медицинска експертиза (чл. 146, ал.1, т.10 от НРД)					X	X	X
1	Брой прегледи отчетени от председател на ЛКК						2.10	
2	Брой отрязъци отчетени от член на ЛКК						2.10	
3	Брой прегледи за подготовка за ЛКК или за ТЕЛК						2.10	
	Общо по VI (1+2+3+4)						X	
IX	Високоспециализирани медицински дейности					X	X	X
1			.					
2			.					
3			.					
4			.					
5			.					
6			.					
7			.					
	Общо по VII						X	
X	Дейност по специализиран пакет физиотерапия и рехабилитация					X	X	X
1.	Брой курсове (отчетени направления)						X	X
2.	Процедури					X	X	X
2.1.	Процедури по група 1						1.05	
2.2.	Процедури по група 2						1.15	
2.3.	Процедури по група 3						1.25	
	Общо процедури (2.1.+2.2.+2.3.)						X	
3.	Заключителен преглед						5.90	
	Всичко по специализиран пакет "Физиотерапия и рехабилитация" (2+3)					X	X	
	Всичко по спецификация (I+II+III+IV+VI+VII+VIII+IX+X):					X	X	

I	Регулативни стандарти за направления	Брой/стойност назначени направления/изследвания	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 3 за :		
а	ЗЗОЛ с остро заболяване (тип 1)		
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение (тип 2)		
в	ЗЗОЛ за диспансерно интердисциплинарно наблюдение тип (4)		
2	Издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 3А за :		
а	ЗЗОЛ с остро заболяване (тип 1)		
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение (тип 2)		
в	ЗЗОЛ за диспансерно интердисциплинарно наблюдение тип (4)		
г	За медицинска експертиза (тип 6)		
д	За профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи (тип 7)		
е	Подготовка за ТЕЛК (тип 13)		
3	Стойност на издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 4 за :		
а	ЗЗОЛ с остро заболявания (тип 1)		
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване неподлежащо на дисп. Наблюдение (тип2)		
в	ЗЗОЛ за диспансерно наблюдение (тип 4)		
г	За медицинска експертиза (тип 6)		
д	За профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи (тип 7)		
е	По програма “Майчино здравеопазване”(тип 9)		
ж	По програма “Детско здравеопазване” (тип 10)		
и	Подготовка за ТЕЛК (тип 13)		
II	Издадени направления извън регулативни стандарти	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Издадени талони бланка МЗ–НЗОК № 6 за медицинска експертиза		

Спецификацията съдържа като неразделна част:

_____ броя отчети за извършена медицинска дейност от лекар в групов практика, медицински център, медико-стоматологичен център, диагностично-консултативен център, _____ броя регистри по програми “Майчино здравеопазване”, _____ броя регистри по програма “Детско здравеопазване”, _____ броя регистри на диспансеризирани ЗЗОЛ и _____ броя регистри за профилактика на ЗЗОЛ от рискови групи.

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:.....

Дата:	Проверили:
	подпис

Дата:

Дата:	подпис	Подпис:
Регистрационен номер на лечебното заведение	Банка	печат
Име на леч. заведение	Банков код	
Област: Община:	Сметка No.	
Гр. (с.) Ул. No.	БУЛСТАТ	
Ж.к. бл. вх. ет. ап.	Данъчен No.	

ОТЧЕТ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕКАР В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

(ПОПЪЛВА СЕ САМО ОТ ЛЕКАРИ В ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР, МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР, ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на ЛЗ ☐ груповая практика ☐ медико-стоматологичен център
☐ медицински център ☐ диагностично-консултативен център

Название на специалността Код на специалността

Име	Име на специалиста
ЕГН	УИН

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I	Първични посещения	X	X	X
1	Прегледи по чл. 146, ал. 1, т.1 от НРД 2006.		12.00	
2	На ЗЗОЛ от 0-14 г. при специалист "Детски болести" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния (чл.146, ал.1, т.2 от НРД 2006)		12.00	
3	За специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология") изпълняващи процедури по чл.147 ал.5 от НРД 2006 (146, ал. 1, т.1 във връзка с чл. 147, ал.5)		12.00	
	Общо по I (1+2+3)		X	
II	Вторични посещения	X	X	X
1	Прегледи по чл. 146, ал. 1, т.1 и чл. 147, ал. 4 от НРД 2006.		5.90	
2	На ЗЗОЛ от 0-14 г. при специалист "Детски болести" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния (чл.146, ал.1, т.2 и чл. 148, ал. 4 от НРД 2006)		5.90	
3	За специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология") изпълняващи процедури (146, ал. 1, т.1 във връзка с чл. 147, ал.5 от НРД 2006)		5.90	
	Общо по II (1+2+3)		X	
III	Профилактични прегледи на ЗЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по "Детски болести" (чл. 146, ал.1, т.3 от НРД)		5.90	
	Брой новозаписани ЗЗОЛ през отчетния период (отчетени направления)		X	X
IV	Профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване" (чл. 146, ал.1, т.4 от НРД)		5.90	
	Брой новозаписани ЗЗОЛ през отчетния период (отчетени направления)		X	X
V	Профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 г от рискови групи (чл. 146, ал.1, т.5 от НРД)		5.90	
VI	Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ по чл. 146, т. 6 с едно или повече заболявания (чл. 146, ал.1, т.6 от НРД)		5.90	
	Брой новозаписани ЗЗОЛ през отчетния период (отчетени направления)		X	X
VII	Информация за броя на лицата по Наредба №39 от 16.11.2004 г. на МЗ	X	X	X
	Брой диспансеризирани ЗЗОЛ по заболявания към края на отчетния период		X	X

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
	Брой лица по програма "Майчино здравеопазване" към края на отчетния период		X	X
	Брой лица по програма "Детско здравеопазване" към края на отчетния период		X	X

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
VIII	Дейност по медицинска експертиза (чл. 146, ал.1, т.10 от НРД)	X	X	X
1	Брой прегледи отчетени от председател на ЛКК		2.10	
2	Брой отрязъци отчетени от член на ЛКК		2.10	
3	Брой прегледи за подготовка за ЛКК или за ТЕЛК		2.10	
	Общо по VI (1+2+3+4)		X	
IX	Високоспециализирани медицински дейности	X	X	X
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
	Общо по VII		X	
X	Дейност по специализиран пакет физиотерапия и рехабилитация	X	X	X
1.	Брой курсове (отчетени направления)		X	X
2.	Процедури	X	X	X
2.1.	Процедури по група 1		1.05	
2.2.	Процедури по група 2		1.15	
2.3.	Процедури по група 3		1.25	
	Общо процедури (2.1.+2.2.+2.3.)		X	
3.	Заключителен преглед		5.90	
	Всичко по специализиран пакет "Физиотерапия и рехабилитация" (2+3)	X	X	
	Всичко по спецификация (I+II+III+IV+VI+VII+VIII+IX+X):	X	X	

I	Регулативни стандарти за направления	Брой/стойност назначени направления/изследвания	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 3 за :		
а	ЗЗОЛ с остро заболяване (тип 1)		
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение (тип 2)		
в	ЗЗОЛ за диспансерно интердисциплинарно наблюдение тип (4)		
2	Издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 3А за :		
а	ЗЗОЛ с остро заболяване (тип 1)		
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение (тип 2)		
в	ЗЗОЛ за диспансерно интердисциплинарно наблюдение тип (4)		
г	За медицинска експертиза (тип 6)		
д	За профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи (тип 7)		
е	Подготовка за ТЕЛК (тип 13)		
3	Стойност на издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 4 за :		
а	ЗЗОЛ с остро заболявания (тип 1)		
б	ЗЗОЛ с хронично заболяване подлежащо на дисп. Наблюдение (тип2)		
в	ЗЗОЛ за диспансерно наблюдение (тип 4)		
г	За медицинска експертиза (тип 6)		
д	За профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи (тип 7)		
е	По програма “Майчино здравеопазване”(тип 9)		
ж	По програма “Детско здравеопазване” (тип 10)		
и	Подготовка за ТЕЛК (тип 13)		
II	Издадени направления извън регулативни стандарти	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Издадени талони бланка МЗ–НЗОК № 6 за медицинска експертиза		

Отчетът съдържа като неразделна част:

Регистър по програма “Майчино здравеопазване”, регистър по програма “Детско здравеопазване”, регистър на диспансеризираните ЗЗОЛ и регистър на профилактиката на ЗЗОЛ от рискови групи.

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:.....

Проверили:	
Дата:	подпис
Дата:	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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име Представляващ медико-диагностичната лаборатория

ЕГН

УИН

No.	Код	Видове изследвания	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I		ПАКЕТ		x	
1	x	Специализирани изследвания		x	
2	x	Високоспециализирани медико-диагностични изследвания		x	
II		ПАКЕТ		x	
1	x	Специализирани изследвания		x	
2	x	Високоспециализирани медико-диагностични изследвания		x	
III		Други плащания	x	x	
		Всичко по спецификация		x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата :

Подпис:.....

Проверили:

Дата:

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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

ОТЧЕТ
ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ
(попълва се от специалистите в лечебното заведение)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Название на специалността Код на специалността

Име Име на специалиста

ЕГН

УИН

No.	Код	Видове изследвания	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I		ПАКЕТ		x	
1	x	Специализирани изследвания		x	
2	x	Високоспециализирани медико-диагностични изследвания		x	
II		Други плащания	x	x	
		Всичко по спецификация		x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:.....

Дата: Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Подпис:

печат

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ ЗА БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение ☐ Болница ☐ Диспансер ☐ СИМП с легла

Име Представляващ лечебното заведение

ЕГН

УИНЛ

№ по ред	Код	Название на дейността	Брой	Единична цена (лв.)	Сума (лв.)
I.		Дейност по клинични пътеки	x	x	x
		Всичко за получаване:	x	x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата :

Подпис:.....

Проверили:

Дата:

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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИ ОТЧЕТ ПО КЛИНИЧНА ПЪТЕКА

Име на клинична пътека:

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

No.	Показатели	Брой
I	Изписани случаи по клинична пътека (брой)	
II	Повторна хоспитализация по клинична пътека (брой)	
III	Случаи по клинична пътека, насочени към друга болница (брой)	
IV	Съответствие между приемна и окончателна диагноза (брой)	
V	Болнични смъртни случаи по клинична пътека (брой)	
VI	Среден болничен престой по клинична пътека (дни)	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата :

Подпис:

Проверили:

Дата:

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	

ПРИЛОЖЕНИЕ N2

(ПОПЪЛВА СЕ САМО ЗА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА: ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ ПРИ ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ)

Проверили:		
Дата:		
		подпис
Дата:		
		подпис

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДЕЙНОСТИ В ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ И СИМП С ЛЕГЛА И ДИСПАНСЕРИ СЪС СТАЦИОНАР

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение ☐ Болница ☐ Диспансер със стационар ☐ СИМП с легла

Име Представляващ лечебното заведение

ЕГН

УИНЛ

№ по ред	Код	Название на дейността	Брой	Единична цена (лв.)	Сума (лв.)
I.	X	Високоспециализирани дейности	x	x	x
		Всичко за получаване	x	x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата :

Подпис:

Проверили:

Дата:

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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА КЛАПИ, ПРОТЕЗИ, СТЕНТОВЕ, КОХЛЕАРНИ ИМПЛАНТАНТИ И ПОСТОЯННИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРИ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение ☐ **Болница**

Име Представяващ лечебното заведение

ЕГН УИНЛ

№	Код имплантант	Вид имплантант	№ на КП	Брой	Единична цена (лв.)	Сума (лв)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
Всичко за получаване				X	X	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006

Дата : Подпис:

Проверили:

Дата: подпис

Дата: 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

Дата: _____

Подпис: _____

печать

Банка	
Банков код	
Сметка No.	
БУЛСТАТ	
Данъчен No.	

Проверили:		
Дата:		
		подпись
Дата:		
		подпись

Дата:	
Подпись:	печать

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ ЗА ПЪРВИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ
 КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ групова практика
☐ стоматологичен център ☐ медико-стоматологичен център

Представяващ лечебното заведение
 Име ЕГН

ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
Х	I	Стоматологични дейности за лица над 18 години	х	х	х
10112	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист- в т.ч. допълнителен за бременни		5.20	
10312	х	– от тях допълнителен за бременни		х	х
30112	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		12.59	
50912	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		12.59	
х		Общо по I (1+2+3):	х	х	
Х	II	Стоматологични дейности за лица до 18 години	х	х	х
10111	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен преглед за бременни		5.20	
10311	х	– от тях допълнителен за бременни		х	х
30111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
50811	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
50911	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		14.19	
33211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		17.61	
33311	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		55.49	
х		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	х	х	
х		Общо (I+II):	х	х	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:.....

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

Дата:

Подпис:

подпис

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение		Банка	
Име на леч. заведение		Банков код	
Област:	Община:	Сметка No.	
Гр. (с.)	Ул.	No.	БУЛСТАТ
Ж.к.	бл.	вх.	ет.
ап.		Данъчен No.	

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ЗА ЗЗОЛ ПО ЧЛ.279 ОТ НРД 2006 година

КЪМ ФАКТУРА No.

ЗА ПЕРИОД ОТ:

ДО:

Вид на лечебното заведение:

☐

индивидуална практика

☐

групова практика

☐

стоматологичен център

☐

медико-стоматологичен център

Име	Представяващ лечебното заведение	ЕГН	
		ЛПК	

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Стоматологични дейности за лица над 18 години	x	x	x
101121	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		7.00	
301121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
509121	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		17.39	
x		Общо по I (1+2+3):	x	X	
x	II	Стоматологични дейности за лица до 18 години	x	X	x
101111	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		7.00	
301111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
508111	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
509111	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		17.39	
332111	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		22.31	
333111	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		67.79	
x		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	x	x	
x	III	Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия	x	x	
x		Общо(I+II+III):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:

Дата:		Проверили:		подпис		Дата:	
Дата:						Подпис:	

подпис

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ ЗА ПЪРВИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ЗА ЗЗОЛ ПО ЧЛ.279 ОТ НРД 2006 година

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение:

☐ групов практика☐ стоматологичен център☐ медико-стоматологичен център

Име Представяващ лечебното заведение

ЕГН

ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Стоматологични дейности за лица над 18 години	x	x	x
101121	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		7.00	
301121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
509121	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		17.39	
X		Общо по I (1+2+3):	x	X	
x	II	Стоматологични дейности за лица до 18 години	x	X	x
101111	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		7.00	
301111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
508111	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
509111	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		17.39	
332111	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		22.31	
333111	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		67.79	
x		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	x	x	
x	III	Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия	x	x	
x		Общо(I+II+III):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:.....

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

Дата:

Подпис:

подпис

печат

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

Банка	
Банков код	
Сметка No.	
БУЛСТАТ	
Данъчен No.	

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No.

ЗА ПЕРИОД ОТ:

ДО:

Вид на лечебното заведение:

☐

индивидуална практика

☐

групова практика

☐

стоматологичен център

☐

медико-стоматологичен център

Представляващ лечебното заведение	
Име	ЕГН
	ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Стоматологични дейности за лица до 18 години	x	x	x
10121	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен преглед за бременни		5.20	
10321	x	от тях допълнителен преглед за бременни		x	x
30121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
50821	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
50921	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		14.19	
33221	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		17.61	
33321	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		55.49	
X		Общо по I (1+2+3+4+5+6)	x	x	
X	II	Хирургична стоматология за лица над 18 години	x	x	x
102224	1	Специализиран обстоен преглед		5.20	
520224	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		7.50	
510224	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		13.50	
544224	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		2.70	
X		Общо по II (1+2+3+4):	x	x	
x	III	Хирургична стоматология за лица до 18 години	x	x	x
102214	1	Специализиран обстоен преглед		5.20	
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		12.00	
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		22.00	

544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		2.70	
X		Общо по III (1+2+3+4):	x	x	

Стр. 2

X	IV	Експертизна дейност	x	x	X
2631	1	Подготовка за ЛКК		2.10	
2632	2	ЛКК		2.10	
2633	3	По искане на ЛКК		2.10	
		Общо по IV (1+2+3):			
x		Общо (I+II+III+IV):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3 А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:

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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ групов практика ☐ стоматологичен център ☐ медико-стоматологичен център

Представляващ лечебното заведение

Име ЕГН ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Стоматологични дейности за лица до 18 години	x	x	x
10121	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен за преглед за бременни		5.20	
10321	x	от тях допълнителен преглед за бременни		x	x
30121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
50821	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
50921	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		14.19	
33221	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		17.61	
33321	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		55.49	
X		Общо по I (1+2+3+4+5+6)	x	x	
X	II	Хирургична стоматология за лица над 18 години	x	x	x
102224	1	Специализиран обстоен преглед		5.20	
520224	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		7.50	
510224	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		13.50	
544224	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		2.70	
X		Общо по II (1+2+3+4):	x	x	
X	III	Хирургична стоматология за лица до 18 години	x	x	x
102214	1	Специализиран обстоен преглед		5.20	
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		12.00	
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		22.00	
544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		2.70	
X		Общо по III (1+2+3+4):	x	x	

X	IV	Експертизна дейност	x	x	x
2631	1	Подготовка за ЛКК		2.10	
2632	2	ЛКК		2.10	
2633	3	По искане на ЛКК		2.10	
		Общо по IV (1+2+3):			
X		Общо (I+II+III+IV):	x	x	

Стр. 2

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3 А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : _____._____._____

Подпис:.....

Проверили:	
Дата:	
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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ЗА ЗЗОЛ ПО ЧЛ.279 ОТ НРД 2006 година

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ индивидуална практика ☐ групов практика ☐ стоматологичен център ☐ медико-стоматологичен център

Име Представляващ лечебното заведение ЕГН

ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Стоматологични дейности за лица до 18 години	x	x	x
101211	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		7.00	
301211	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
508211	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
509211	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		17.39	
332211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		22.31	
333211	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		67.79	
X		Общо по I (1+2+3+4+5+6)	x	x	
X	II	Хирургична стоматология за лица над 18 години	x	x	x
102214	1	Специализиран обстоен преглед		7.00	
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		15.00	
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		27.00	
544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		3.50	
X		Общо по II (1+2+3+4):	x	x	
X	III	Хирургична стоматология за лица до 18 години	x	x	x
102214	1	Специализиран обстоен преглед		7.00	
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		15.00	
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		27.00	
544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		3.50	
X		Общо по III (1+2+3+4):	x	x	
X	IV	Експертизна дейност	x	x	x
26311	1	Подготовка за ЛКК		2.10	
26321	2.	ЛКК		2.10	
26331	3.	По ЛКК		2.10	
x		Общо по IV (1+2+3)	x	x	
x		Общо (I+II+III+IV):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3 А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:

Проверили:	
Дата:	подпис
Дата:	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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ЗА ЗЗОЛ ПО ЧЛ.279 ОТ НРД 2006 г.

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ групова практика ☐ стоматологичен център ☐ медико-стоматологичен център

Име Представяващ лечебното заведение

ЕГН

ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
х	I	Стоматологични дейности за лица до 18 години	х	х	х
101211	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		7.00	
301211	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
508211	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
509211	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		17.39	
332211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		22.31	
333211	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		67.79	
Х		Общо по I (1+2+3+4+5+6)	х	х	
Х	II	Хирургична стоматология за лица над 18 години	х	х	х
102214	1	Специализиран обстоен преглед		7.00	
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		15.00	
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		27.00	
544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		3.50	
Х		Общо по II (1+2+3+4):	х	х	
Х	III	Хирургична стоматология за лица до 18 години	х	х	х
102214	1	Специализиран обстоен преглед		7.00	
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		15.00	
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		27.00	
544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		3.50	
Х		Общо по III (1+2+3+4):	х	х	
Х	IV	Експертизна дейност	х	х	х
26311	1	Подготовка за ЛКК		2.10	
26321	2.	ЛКК		2.10	
26331	3.	По ЛКК		2.10	
Х		Общо по IV (1+2+3)	х	х	
Х		Общо (I+II+III+IV):	х	х	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3 А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:

Проверили:	
Дата:	подпис
Дата:	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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ЗА ЗЗОЛ ПО чл. 280 от НРД 2006 година

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ индивидуална практика ☐ груповая практика ☐ стоматологичен център ☐ медико-стоматологичен център

Представляващ лечебното заведение

Име ЕГН

ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
х	I	Стоматологични дейности за лица до 18 години	х	х	х
903212	1	24 часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия		19.00	
101212	2	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		13.00	
301212	3	Обтурация с амалгама или химичен композит		29.00	
508212	4	Екстракция на временен зъб		15.00	
509212	5	Екстракция на постоянен зъб		29.00	
332212	6	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		32.00	
333212	7	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		105.00	
520212	8	Инкция в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		23.00	
510212	9	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб		42.00	
544212	10	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		6.00	
х		Общо по I (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11):	х	х	
х	II	Обща анестезия	Брой минути	Цена за 60 минути	Сума
901212	1	Обща анестезия в извънболнично лечебно заведение		31.00	
902212	2	Обща анестезия в болнично лечебно заведение		31.00	
Х		Общо по II (1+2) :	х	х	
		Общо (I+II)	х	х	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3 А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:

Проверили:

Дата:

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	
Банков код	
Сметка No.	
БУЛСТАТ	
Данъчен No.	

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ЗА ЗЗОЛ ПО

чл. 280 от НРД 2006

КЪМ ФАКТУРА No.

ЗА ПЕРИОД ОТ:

ДО:

Вид на лечебното заведение:

☐ групов практика

☐ стоматологичен център

☐ медико-стоматологичен център

Представяващ лечебното заведение	
Име	ЕГН
	ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
х	I	Стоматологични дейности за лица до 18 години	х	х	х
903212	1	24 часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия		19.00	
101212	2	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		13.00	
301212	3	Обтурация с амалгама или химичен композит		29.00	
508212	4	Екстракция на временен зъб		15.00	
509212	5	Екстракция на постоянен зъб		29.00	
332212	6	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		32.00	
333212	7	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		105.00	
520212	8	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		23.00	
510212	9	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб		42.00	
544212	10	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		6.00	
х		Общо по I (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11):	х	х	
х	II	Обща анестезия	Брой минути	Цена за 60 минути	Сума
901212	1	Обща анестезия в извънболнично лечебно заведение		31.00	
902212	2	Обща анестезия в болнично лечебно заведение		31.00	
Х		Общо по II (1+2) :	х	х	
		Общо (I+II)	х	х	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3 А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:

Дата:		Проверили:	
Дата:		подпис	
		подпис	

Дата:	
Подпис:	
	печат

Банка	
Банков код	
Сметка No.	
БУЛСТАТ	
Данъчен No.	

Дата: _____

Подпис: _____

печать

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на леч. Заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ груповая практика ☐ стоматологичен център ☐ медико-стоматологичен център

Име	Представляващ лечебното заведение	ЕГН	
		ЛПК	

КОД	N o.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума(лв.)
	I	Рентгенологични изследвания	x	x	x
06_01	1	Секторна рентгенография		1.02	
06_27	2	Ортопантомография		9.80	
x		Общо по I (1+2):	x	x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____ Подпис:

Проверили:	
Дата:	подпис
Дата:	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

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНИ УСЛОВИЯ НА РАБОТА

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: ☐ индивидуална практика ☐ груповая практика

☐ стоматологичен център ☐ медико-стоматологичен център

Представляващ лечебното заведение

Име ЕГН

ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
х	I	Стоматологични дейности за лица над 18 години	х	х	х
10112	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен преглед за бременни		5.20	
10312	х	- от тях допълнителен преглед за бременни		х	х
30112	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		12.59	
50912	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		12.59	
Х		Общо по I (1+2+3):	х	х	
Х	II	Стоматологични дейности за лица до 18 години	х	х	х
10111	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		5.20	
10311	х	- от тях допълнителен преглед за бременни		х	х
30111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
50811	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
50911	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		14.19	
33211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		17.61	
33311	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		55.49	
х		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	х	х	
х		Общо (I+II):	х	х	
Х	III	Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия	х	х	
		Общо (I+II+III)			

I	Отчет за издадени направления		Брой назначени направления	
			За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А			
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3			
3	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6			
4	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4			

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис: _____

Дата:		Проверили:		подпис
Дата:				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	
Банков код	
Сметка No.	
БУЛСТАТ	
Данъчен No.	

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНИ УСЛОВИЯ НА РАБОТА

КЪМ ФАКТУРА No. _____ ЗА ПЕРИОД ОТ: ____ . ____ . ____ ДО: ____ . ____ . ____

Вид на лечебното заведение: ☐ индивидуална практика ☐ груповая практика
☐ стоматологичен център ☐ медико-стоматологичен център

Име	Представляващ лечебното заведение	ЕГН	
		ЛПК	

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
х	I	Стоматологични дейности за лица над 18 години	х	х	х
10112	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен преглед за бременни		5.20	
10312	х	- от тях допълнителен преглед за бременни		х	х
30112	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		12.59	
50912	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		12.59	
Х		Общо по I (1+2+3):	х	х	
Х	II	Стоматологични дейности за лица до 18 години	х	х	х
1011	1	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		5.20	
10311	х	- от тях допълнителен преглед за бременни		х	х
30111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		17.39	
50811	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		9.60	
50911	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		14.19	
33211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		17.61	
33311	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности. без обтурация)		55.49	
х		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	х	х	
х		Общо (I+II):	х	х	
Х	III	Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия	х	х	
		Общо (I+II+III)			

I	Отчет за издадени направления		Брой назначени направления	
			За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А			
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3			
3	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6			
4	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4			

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2006.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:

Проверили:	
Дата:	подпис
Дата:	подпис

Дата:
Подпис:
печат