

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	Банка	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
№	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
ж.к.	<input type="text"/>	бл.	<input type="text"/>
вх.	<input type="text"/>	ет.	<input type="text"/>
ап.	<input type="text"/>	БУЛСТАТ	<input type="text"/>
			<input type="text"/>

ФИНАНСОВ ОТЧЕТ
ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА СУМИТЕ ПО ЧЛ. 37, АЛ. 6 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО
ОСИГУРЯВАНЕ

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

Представяващ лечебното заведение	
Име	<input type="text"/>
УИН	<input type="text"/>

№	Суми по чл. 1 от Постановление № 193 на Министерския съвет от 2012 г.	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I.	Дължими суми от задължително осигурени лица на лекаря/лекаря по дентална медицина по чл. 1, ал. 1 от постановлението		2,90	
1.	Стойност, платена от задължително осигурени лица, упражнили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 1, ал. 2 от постановлението		1,00	
2.	Стойност, дължима на лекаря/лекаря по дентална медицина от държавния бюджет по чл. 1, ал. 3 от постановлението		1,90	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на Националния рамков договор за 2014 г. и Закона за здравното осигуряване.

Дата:

Подпис:“