Приложение №2

към Условия и ред за предоставяне, отчитане, контрол и заплащане на медицинските услуги по чл.7 от Наредба №2 /27.03.2019 г. за медицинските и други услуги по чл.82, ал.1а и 3 от закона за здравето и за реда и условията за тяхното одобряване, извършени от лечебните заведения на територията на република България

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационен номер | | | |  |  | |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| на лечебното заведение | | | |  |  | |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | Банка |  |  |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Име на леч. заведение | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | BIC |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Област: | |  | | | | | | Община: | | | |  | | | | | | | | |  |  | IBAN |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Гр. (с.) | |  | | | | Ул. | | |  | | | | | | | No. | | |  | |  |  | БУЛСТАТ |  |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |

**ФОРМУЛЯР**

**ЗА приложени медицински изделия по реда на чл. 7 от „*НАРЕДБА № 2 от 27.03.2019 г. за медицинските и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето и за реда и условията за тяхното одобряване*, *ползване и заплащане“***

**ПО ДОГОВОР № ....................**

**За пациент ………………………………………………………………………………….**

**ЕГН/ЛНЧ/ССН ………………………………………….**

**ТЕЛ. ЗА КОНТАКТ ……………………………**

**⬜** фактура **⬜** дебитно известие **⬜** кредитно известие №............................................ дата..........................

Към фактура №………………………………/ дата ……………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Представляващ лечебното заведение* |  | |  |  |  | | | | | | | | | |  |
| Име |  | |  | УИН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **№ на КП / № на АПр** | **Период на болничен престой** | **Място за прилагане на стикер**  **с фабрични номера** | **Търговско наименование на продукт** | **Код - Идентификатор на МИ** | **Каталожен №** | **Производител/ Притежател на СЕ Сертификат** | **Общо количество** | **Единична цена (лв.)** | **Сума (лв.)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Всичко:** | | |  |  | **Х** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Дата: |  |  |
|  |  |  |
| Подпис: |  |  |
|  | печат |  |

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности.