REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor's phone:+ 359 + 0537 /2 3466
Fax:: + 359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530

http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон:+359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс:+359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525

Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР.НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА Нови пазар
Изх. № 08-01-817
13.06. 2022 г
ПК 9900

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР
Вх. № 00-137
13.06. 2022г.
П.К. 9900

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за операция на Б Д Ш

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Е Д Ш от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар , регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-461/03.06.2022 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за операция.

Б Ш пенсионерка, вдовица, живее с дъщеря си, която също е пенсионерка.

По данни от представената епикриза, на 10.09.2021 г. г-жа Ш е постъпила в Многопрофилна болница за активно лечение - Шумен с окончателна диагноза – „Счупване на горния край на лява раменна кост (хумерус), закрито" и придружаващи заболявания - Хипертонично сърце без (застойна) сърдечна недостатъчност, неинсулинозависим захарен диабет, с неврологични усложнения, диабетна полиневропатия. След консулт с със специалисти и направени изследвания на 13.09.2021 г. е направена операция, на която е направено отркито наместване на фрактура с вътрешна фиксация и хумерус, репозиция и МОС с PHILOS плака с 4 отвора, послоен шев.

Г-жа Ш е заплатила 2084,00 лв. за операцията и консумативите.

Б Ш и дъщеря й получават пенсии в размер на 1106,51 лв. месечно.

Молбата на лицето е да му бъде изплатена сума съобразно приложената към заявлението фактура.

Предвид гореизложеното предлагам Общински съвет да вземе следното

РЕШЕНИЕ:

На основание чл. 21, ал. 1. Т. 23, т. 6 и ал. 2 от ЗМСМА, във връзка с чл. 4, т. 10 от Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар приет с Решение № 44 от 28.01.2016 г. и Решение № 201, т.7.2 от 28.01.2021 г., на Общински съвет Нови пазар

РЕШИ:

1. Отпуска еднократна финансова помощ на Е Д Ш в размер на 625,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация" §4214 без представяне на разходооправдателни документи.

ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови п

Съгласувал:
Златина Таскова – *зам. кмет на Община Нови паз*

Проверил.
Йордан Иванов – *юрисконсулт* „ОС и ПИ"

Изготвил:
Маринела Петрова – *мл. експерт „СД"*

Маринела М. [illegible]
03.06.202[illegible]

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА гр. Нови пазар
Регистрационен индекс и дата
ДР-461/03.06.2022
Срок за изпълнение

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

В. Д. М. .....

Постоянен адрес: гр./с. Нови пазар**, община** Нови пазар
Област .....
ул. .....**№** ..... **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. ..... **цина** .....
Област Мурин.....,
ул. ..... **№** ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
телефон за връзка:

Данни на законния представител на кандидата:

.....

(име, презиме и фамилия)

Постоянен адрес: гр./с. ....., **община** .....
Област .....,
ул. ....**№** ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. ....., **община** .....
Област .....,
ул. ..... **№** ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
телефон за връзка: .....

УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО КМЕТ,
Желая да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за:
(*подчертава се вида на исканата еднократна помощ*)

1. Пострадал от природни бедствия/пожари, наводнения, земетресения, урагани, мълнии и др. /с временно/ трайно нарушение на здравето/инвалидност над 90%.
2. Дете с тежки остри или хронични заболявания, лечението на което не се покрива на 100% от НЗОК.
3. Пострадал при злополука с временно или трайно нарушение на здравето.
4. Столетник.
5. Задоволяване на инцидентно, непредвидимо и извънредно възникнали здравни проблеми, *(ако разходите за лечението надвишава десетократния размер на минималната работна заплата за страната.)*
6. Закупуване на животоспасяващи и скъпоструващи медикаменти, невключени в актуалния позитивен лекарствен списък на НЗОК.
7. Диагностициране на редки заболявания, нефинансирани от НЗОК.
8. Еднократна помощ за животоспасяваща операция, извършена в рамките на финансовата или 12-ти месец на предходната година.

9. Покриване на разходите за специализиран транспорт на болно лице и придружителят му при извършване на животоспасяваща интервенция.
10. Възстановяване на щети от бедствия /природни явления, инциденти и аварии/.
11. За осигуряване на временен подслон.
12. Помощ при кандидатстване във ВУЗ.
13. Помощ за подготовка на абитуриентски бал.

ДЕКЛАРИРАМ:

I. Семейно положение:

Декларатор: Д..... Д..... ....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН: ....., **Семейно положение:** вдовица

Съпруг/съпруга: .....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН: .....,
Постоянен адрес: гр./с. ....., **община** .....
Област .....,
ул. ....**№** ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. ....., **община** .....
Област .....,
ул. ..... **№** ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
телефон за връзка: .....

II. Социална група

Декларатор:		**Съпруг (съпруга)**	
☐ Работещ	☐ Безработен	☐ Работещ	☐ Безработен
☐ Осигурен	☐ Неосигурен	☐ Осигурен	☐ Неосигурен
☒ Пенсионер	☐ Учащ се	☐ Пенсионер	☐ Учащ се
☐ Друго.		☐ Друго.	

III. Здравословно състояние

Декларатор:		**Съпруг (съпруга)**	
☐ здрав	☒ с ЛКК	☐ здрав	☐ с ЛКК
☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%
☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%	☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%
☐ от 70 до 89,99%		☐ от 70 до 89,99%	

IV. В състава на семейството ми има/няма членове на възраст до 18 г., и те са:

(вярното се подчертава)

Име, презиме, фамилия		**ЕГН**	**Посещава училище**	**Здравословно състояние:**	
1.			☐ ДА ☒ НЕ	☐ здрав ☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐ с ЛКК ☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
2.			☐ ДА	☐ здрав	☐ с ЛКК

			☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
3.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%

V. Декларирам, че ИМАМ/НЯМАМ деца, на възраст над 18 г., и те са:

(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VI. Декларирам, че съжителствам/ не съжителствам със следните лица:

(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				
3.				

VII. Лица, задължени по закон да осигуряват издръжка (на декларатора):

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VIII. Декларирам, че доходите на семейството ми/на съжителстващите с мен лица през предходните шест месеца са общо: 6.639.10 **лв.**

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ..4..... Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:

☒ собствено

☐ държавно/ведомствено

☐ общинско

☐ не притежавам

1. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) е единствено за семейството ми:

☑ **ДА** ☐ **НЕ**

2. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) не е застраховано в застрахователна институция и имам документ за собственост:

☒ **ДА** ☐ **НЕ**

X. Декларирам, че притежавам следната друга недвижима собственост и движима собственост:

.....

.....

.....

.....

.....

XI. Декларирам, че **съм/не съм** сключил/а договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане. *(вярното се подчертава)*

XII. Декларирам, че съм/не съм получавал помощи на същото основание от друг орган или друга/и институция. (вярното се подчертава)

Съгласен/а съм Община Нови пазар да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с подадено Заявление-декларация за получаване на еднократна финансова помощ от бюджета на Община нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

При промяна на обстоятелствата и условията, при които подавам настоящето Заявление-декларация до датата на вземане на Решение от Общински съвет-Нови пазар, относно същото, се задължавам в три дневен срок да уведомя Община Нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

Прилагам следните документи:

1. Експертно решение от ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК/РЕЛК,: ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
2. Епикриза ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
3. Фактури за извършените разходи ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
4. Документи за дохода на членовете на семейството за предходните 6 месеца

☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

5. Разпореждане от НОИ за размера на отпусната/и пенсии ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
6. Декларация за доходите *(ако лицето работи)* ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
7. Служебна бележка за регистрация в Дирекция „Бюро по труда".

☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

8. Удостоверение за родствени връзки, издадено не по-късно от шестмесечен срок преди датата на подаване на документите. ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

9. Документ удостоверяващ наличие на бедствие, авария или пожар, удостоверено от надлежен орган (лице) ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

10. Документ за собственост ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

11. Други *(моля опишете)* .....

.....

Известно ми е, че за декларирани от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 23.06.2022г. **ДЕКЛАРАТОР: ..** ...

гр. Нови пазар **(подпис)**

REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor's phone:+ 359 + 0537 /2 3466
Fax:: + 359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530
http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg
novipazar@novipazar.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон:+359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс:+359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525

Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
към чл.10, ал.1, т.1 от
Вътрешните правила за защита
на лични данни в Община Нови пазар

ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ

Аз, долуподписан/ият/ата

Б. Д. М. .....,

(*име, фамилия , друга информация за идентификация*)

с настоящото декларирам, че давам съгласието си Община Нови пазар

.....

(*посочва се трета страна, обработващ при необходимост*)

да обработва и съхранява моите лични данни, в качеството на администратор на лични данни за целите на административното обслужване, във връзка с :

за отпускане на еднократна помощ

(*изрично уточнявате целите, които се преследват с обработването на тези лични данни*)

Съзнавам, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време.
Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми по-късно няма да засегне законосъобразността на обработването, основано на даденото сега съгласие.

Дата: 03.06.22г.

Декларатор:

(*подпис*)

Получено от: .....на.....

(*име, фамилия и подпис на длъжностното лице*) (*дата*)

ПОЛИТИКАТА ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ на Община Нови пазар е публикувана на интернет страницата на Община Нови пазар www.novipazar.acstre.com, както и в центъра за административно обслужване, кметствата на населените места на територията на община Нови пазар

„МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ - ШУМЕН " АД
гр. Шумен ул."В. Априлов" 63| тел. 054 / 855 755, факс 800 751, E-mail: mbal-shumen@to-ni.net
гр. Нови пазар, ул. „Христо Ботев" №22, тел 0537 / 2 20 92, e-mail: mbalnp@abv.bg
www.mbal-shumen.com

ЕПИКРИЗА

На Б Д Ш ЕГН:

От Нови пазар , И.з.№ **11592** / 2021 , по КП 220.1 Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност

постъпил на **10.09.2021 14:40**ч., изписан на **15.09.2021 09:59**ч.

Окончателна диагноза: S42.20 Счупване на горния край на раменната кост (хумерус),закрито

Придружаващи заболявания: I11.9 Хипертонично сърце без (застойна) сърдечна недостатъчност ; E11.4 Неинсулинозависим Захарен Диабет, С неврологични усложнения ; G63.2 Диабетна полиневропатия

Анамнеза: По данни на пациента. При падане получава травма на лява раменна става. Съобщава за силни болки и ограничени движения.

Обективно състояние: Жена на видима възраст отговаряща на действителната в добро общо състояние. Афебрилна , авто и ало психично ориентирана. Заема активно положение в леглото. Кожа и видими лигавици - бледо розови. Дихателна система - везикуларно дишане, без прибавени хрипове. Ритмична сърдечна дейност, RR 120/80, Fr 78, ЕКГ - б.о.. Корем - мек, спонтанно и палпаторно неболезнен, взимащ активно участие в дишането. Статус локалис -1болка, оток, ограничени движения на лява раменна става.

Изследвания: 10.09.2021 Креатинин - 134.0 ; WBC - 6.51 ; RBC - 2.06 ; HGB - 80.0 ; HCT - 0.232 ; MCV - 112.6 ; MCH - 38.8 ; MCHC - 345.0 ; PLT - 161.0 ; RDW-CV - 17.4 ; MPV - 9.3 ; IG # - 0.04 ; NEUT # - 5.03 ; LYMPH # - 0.98 ; MONO # - 0.36 ; EO # - 0.11 ; BASO # - 0.03 ; IG % - 0.6 ; NEUT % - 77.2 ; LYMPH % - 15.1 ; MONO% - 5.5 ; EO % - 1.7 ; BASO % - 0.5 ; NRBC # - 0.04 ; NRBC % - 0.6 ; Глюкоза - 10.3 ; Урея - 13.6 ; Билирубин-общ - 32.2 ; Билирубин-директен - 8.4 ; Общ белтък - серум - 67.0 ; Аспартат аминотрансфераза (ASAT) - серум - 40.0 ; Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 19.0 ; Глюкоза - 10.8 ; Билирубин-общ - 26.9 ; Билирубин-директен - 3.8 ; Общ белтък - серум - 71.0 ; Аспартат аминотрансфераза (ASAT) - серум - 59.0 ; Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 21.0 ; Време кървене - 120 ; Време съсирване - 270 ; 11.09.2021 Време кървене - 120 ; Време съсирване - 210 ; pH - урина - <=5.0 ; Белтък - урина - Neg ; Билирубин - урина - Neg ; Кетотела - урина - Neg ; Кръв в урина - тест лента - Neg ; Глюкоза - урина - тест-лента - Neg ; Левкоцити - урина - тест-лента - Neg ; Нитрити - урина - Neg ; Уробилиноген - урина - Normal ; Специфично тегло - урина - 1.025 ; Седиментно-ориентировъчно изследване - пик. кр. ; 12.09.2021 Кръвна захар - 6:00ч - 6.97 ; Кръвна захар - 12:00ч - 9.50 ; Кръвна захар - 18:00ч - 10.18 ; 13.09.2021 WBC - 5.54 ; RBC - 2.73 ; HGB - 101.0 ; HCT - 0.298 ; MCV - 109.2 ; MCH - 37.0 ; MCHC - 339.0 ; PLT - 177.0 ; RDW-CV - 19.9 ; MPV - 8.8 ; IG # - 0.05 ; NEUT # - 3.27 ; LYMPH # - 1.4 ; MONO # - 0.61 ; EO # - 0.22 ; BASO # - 0.04 ; IG % - 0.9 ; NEUT % - 59.0 ; LYMPH % - 25.3 ; MONO% - 11.0 ; EO % - 4.0 ; BASO % - 0.7 ; NRBC # - 0.04 ; NRBC % - 0.7 ; 14.09.2021 WBC - 6.47 ; RBC - 2.37 ; HGB - 89.0 ; HCT - 0.262 ; MCV - 110.5 ; MCH - 37.6 ; MCHC - 340.0 ; PLT - 160.0 ; RDW-CV - 19.9 ; MPV - 9.2 ; IG # - 0.05 ; NEUT # - 4.9 ; LYMPH # - 0.74 ; MONO # - 0.72 ; EO # - 0.07 ; BASO # - 0.04 ; IG % - 0.8 ; NEUT % - 75.8 ; LYMPH % - 11.4 ; MONO % - 11.1 ; EO % - 1.1 ; BASO % - 0.6 ; NRBC # - 0.03 ; NRBC % - 0.5 ; 10/09/21 луксация на лявата раменна става и фрактура на проксималната метадиафиза на лявата раменна кост. лява лакътна става - няма рентг. данни за травматични промени. 13/09/21 рентгенография на лява раменна става състояние след репозиция. метална остеосинтеза на лява раменна кост. контрола 10.09.2021г. Антигенен тест за Covid-19 № 12498: (-) отр.

Терапия: Клексан 0,4 х1, Лифурокс 2х1,5, Паратрамол 3х1, Пробитор х1; Лични ЛС: Метфогама 850 мг. х1, Спиринолактон х1, Нерголин х1

Ход на заболяването: пациентката бе лекувана оперативно

Консултативни прегледи: проведени консулти с интернист - Pulmo вез. дишане без хрипове, ЕКГ - ляв позоционе тип, синусов ритъм; анестезиолог - ASA клас III E 5т; ендокринолог - диета 9, терапия - Метфогама 850 мг. 2х1;

Настъпили усложнения: няма

Операция: Дата: 13/09/21

Извадка от опертивен протокол: 1711/13.09.21 г. 12:05 ч. МКБ 79.31 открито наместване на фрактура с вътрешна фиксация, хумерус, оператор д-р М. Димитров, асистент д-р Господинов д-р Д. Димитров - Под обща анестезия след щателно почистване на полето с делтоидеопекторален достъп се достигна до фрактурата на раменната кост. Извърши се репозиция и МОС с PHILOS плака с 4 отвора Послоен шев. Стерилна превръзка

Постоперативен статус: Гладък постоперативен период, без усложнения. Изписва се за домашно амбулаторно лечение.

Статус при изписване: с подобрение

Изход от заболяването: индикации за дехоспитализация- Афебрилна, няма оплаквания, спокойна рана

Контролни прегледи: 20.09.2021г. и на 24.09.2021г. Всеки пациент има право на два безплатни контролни прегледа в рамките на 30 календарни дни.

Препоръки и назначения: Превръзка на 20.09.2021г. и на 24.09.2021г. сваляне на хирургичните конци, имобилизация с ортеза за срок от 35 дни, Фраксипарин 0,4 / Клексан 0,4 / Арикстра 2,5 мг. или Ксарелто 10 мг. х1 вечер за 30 дни, Натаспин х1 тб. вечер за 30 дни (след Фраксипарин / Клексан / Арикстра или Ксарелто), Пулсет 40 мг. х1 тб. сутрин за 30 дни,

Препоръки към ОПЛ: от консулта с ендокринолог - касае се за ЗД2, задоволителен гликемичен контрол ДПНП. Лечение в дома - Метфогама 850 мг. 2х1/ех., предвид даните за анемия. Да продължи лечение в дома с Ароба 100 мг. 2х1 тб. след храна, Диабетикер витамин х1тб. За наблюдение в дома от изпълнителите на ДМП. При необходимост към Ароба да започне Диапрел MR 60 мг. х1/2 тб. сутрин

Описание на документите: Дадена епикриза в два екземпляра. Подпис пациент:

Лекуващ лекар: ..... Д-р Милен Д

Завеждащ отделение:.....Д-р Милен Д

TREMOL M20

МБАЛ-ШУМЕН АД
ШУМЕН, УЛ.ВАСИЛ АПРИЛОВ 63
ЕИК 127521092
ЦЕНТРАЛНА КАСА
ШУМЕН, УЛ.ВАСИЛ АПРИЛОВ 63
ЗДДС N BG127521092

#0001 Ирина Николова 10
#Каса: 2 #
#Касиер: 223 Ирина Николова #
#КО: 1000052871 #
#559 Титан. закл.плака за прок.х#
#умерус,полиакс. отво #
ри за 3,5мм закл. винт.3,4,6,8от
во
Сума*Б 2084.00
Обща сума 2084.00

Всичко 2084.00
ДДС*Б 347.33
Б = 20.00%
Нето ст-ст 1736.67
В брой лв 2084.00
1 Артикула
030032 13-09-2021 08:31:57

Получател Е Д Ц Адрес Нови пазар, ИН/ЕГН ИН по ДДС	**Издател** МБАЛ - Шумен АД Адрес гр. Шумен, ул. Васил Априлов 63 ИН/ЕГН ИН по ДДС

Фактура

№ **0000135507** от дата **13/09/2021 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	559 Титан.закл.плака за прок.хумерус,полиакс. отвори за 3,5мм закл. винт.3,4,6,8отво	бр.	1	1736.67	1736.6

ВСИЧКО (с думи): две хиляди осемдесет и четири лв. и 0 ст.	Данъчна основа	**1736.6**
	ДДС 20%	**347.3**
	Обща стойност	**2084.0**

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: **13/09/2021 г.** **Място на сделката:** **Шумен** Пациент Б Д Ц ЕГН	**Начин на плащане:** **В брой** По IBAN BIC При: Съставил: Ирина Николова
Подпис	Подпис

ОРИГИНАЛ
ОРИГИНАЛ
ОРИГИНАЛ

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-221
Дата: 02.06.2022 г.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Издава се на Д Ш ЕГН
от Н.ПАЗАР , в уверение на това, че същата за периода от м. декември 2021 г. до м. май 2022 г. е получила следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
12.2021 г.	507.00	300.00	0.00	207.00
01.2022 г.	555.54	390.00	0.00	165.54
02.2022 г.	535.54	370.00	0.00	165.54
03.2022 г.	535.54	370.00	0.00	165.54
04.2022 г.	605.54	370.00	0.00	235.54
05.2022 г.	535.54	370.00	0.00	165.54

Настоящото се издава на основание чл. 89 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж.

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА ГР. НОВИ ПАЗАР.

НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ ШУМЕН РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Началник на сектор:
МАРГАРИТА КОВАЧЕВА
/Съгласно Заповед № 1015-27-29/14.03.2022 г./

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Населено място/ район **ГР.НОВИ ПАЗАР**
Община **НОВИ ПАЗАР**
Област **ШУМЕН**

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ
на осн. чл. 40 ал. 1 от ЗГР - без такса

Изх.№ **СЛУЖЕБНО**
Дата: **03.06.2022 г.**
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: Е Д Ш
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

е със семейно положение: **ВДОВИЦА**

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	Д А М		БАЩА	
2.	Н Е М		МАЙКА	
3.	В Г		ДЪЩЕРЯ	
4.	Г Г Х		ДЪЩЕРЯ	
5.	Д Г		СЕСТРА	
6.	Д Д П		СЕСТРА	

Удостоверението е издадено на основание чл. 15, ал. 1 от Наредбата за издаване на удостоверения въз основа на регистъра на населението

Длъжностно лице: **РОСИЦА ГОЧЕВА**
име: соб

Подпис и печат:

https://nrn.grao.bg/udostoverenia/ с код 1bCnhR3dt

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-230
Дата: 08.06.2022 г.

У Д О С Т О В Е Р Е Н И Е

Издава се на [redacted] ЕГН
от ГР.НОВИ ПАЗАР в уверение на това, че същата за периода от м. декември 2021 г. до м. май 2022 г. е получила следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
12.2021 г.	547.19	427.19	0.00	120.00
01.2022 г.	548.30	488.30	0.00	60.00
02.2022 г.	557.34	477.04	0.00	80.30
03.2022 г.	547.19	477.04	0.00	70.15
04.2022 г.	617.19	477.04	0.00	140.15
05.2022 г.	547.19	477.04	0.00	70.15

Настоящото се издава на основание чл. 89 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж.

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР.

Началник на сектор:

НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ ШУМЕН РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

МАРГАРИТА КОВАЧЕВА
/Съгласно Заповед № 1015-27-29/14.03.2022 г./