



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



ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ

Кмет на Община Нови пазар

**ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на X А X;
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,**

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от X А X от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. № 49, регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-36/06.01.2021 г. за отпускане на еднократна помощ за лечение.

X : на 49 г., разведен, живее сам, има издадено Експертно решение № 2784/173 от 14.10.2020 г. с водеща диагноза – наличие на трансплантиран бъбрек и оценка на работоспособността – 100 % т.н.р. без чужда помощ. Г-н X подал документи за отпускане на пенсия и очаква разпореждането от НОИ.

По данни от представената епикриза, на 26.08.2020 г. г-н X постъпил за трансплантация на бъбрек в Болница Mediana International, Истанбул, Турция. Г-н X е заплатил общо 23000,00 лв. за операцията, консултативите и изследванията.

Молбата на лицето е да му бъде изплатена сума съобразно приложените към заявлението фактури.

Предвид гореизложеното предлагам Общински съвет да вземе следното

РЕШЕНИЕ:

На основание чл. 21, ал. 2 от ЗМСМА, във връзка с чл. 21, ал.1, т. 23 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 X А X в размер на 1000,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация” §4214 срещу представените на разходооправдателни документи.

ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ

Кмет на Община Нови пазар

Съгласували:

Златина Таскова – зам. кмет на Община Нови пазар

Жанета Желязкова – и-к отдел „ХП и ППСН”

Проверил:

Борислав Георгиев – гл.юрисконсулт

Изготвил:

Илияна Коичева – специалист „СД”

ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен индекс и дата	
ДР-36/06.01.2020	
Срок за изпълнение	

Приложение №1
ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

.....
.....
.....
Постоянен адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР, община НОВИ ПАЗАР
Област ШУМЕНСКА
ул. № 49, бл., вх., ет., ап.
Настоящ адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР, община НОВИ ПАЗАР
Област ШУМЕНСКА
ул. № 49 бл. вх. ет., ап.
телефон: 71

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: *С*

С *С*

(име, презиме, фамилия)

ЕГН:

Семейно положение: *разведен*

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)	
<input type="checkbox"/> Работещ	<input type="checkbox"/> Безработен	<input type="checkbox"/> Работещ	<input type="checkbox"/> Безработен
<input type="checkbox"/> Осигурен	<input type="checkbox"/> Неосигурен	<input type="checkbox"/> Осигурен	<input type="checkbox"/> Неосигурен
<input checked="" type="checkbox"/> Пенсионер	<input type="checkbox"/> Учащ се	<input type="checkbox"/> Пенсионер	<input type="checkbox"/> Учащ се
<input type="checkbox"/> Друго.		<input type="checkbox"/> Друго.	

III. Здравословно състояние

Декларатор:		Съпруг (съпруга)	
<input type="checkbox"/> здрав	<input type="checkbox"/> с ЛКК	<input type="checkbox"/> здрав	<input type="checkbox"/> с ЛКК
<input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	<input checked="" type="checkbox"/> над 90%	<input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	<input type="checkbox"/> над 90%
<input type="checkbox"/> над 90% с ЧП	<input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%	<input type="checkbox"/> над 90% с ЧП	<input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%
<input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%		<input type="checkbox"/> 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.		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%	<input type="checkbox"/> с ЛКК <input type="checkbox"/> над 90% <input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%
2.		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> здрав	<input type="checkbox"/> с ЛКК

- 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 нямам 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

			<input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%	<input type="checkbox"/> над 90% <input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%
3.			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%	<input type="checkbox"/> над 90% <input type="checkbox"/> 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.	Сс Х А			дъщеря
2.	АТ Х А			дъщеря
3.	ЕК С А			дъщеря

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: лв.

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ...3... Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:

- собствено
 държавно/ведомствено

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 декларираните от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от ПК.

Дата: 05.01.2021
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: [Signature]



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, дог..... зн/ият/ата.....
.....
(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 :

(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: 05.01.21г.....

Декларатор:
(.....)

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

MEDICANA HASTANE İŞLETMELİĞİ A.Ş. - BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ
Beylikdüzü cad. No: 3
BEYLİKDÜZÜ / İSTANBUL
Tel: 0212 867 75 00 Faks: 0212 867 76 72
Web Sitesi: www.medicana.com.tr
E-posta: efatura.beylikduzu@medicana.com.tr
Vergi Dairesi: ANADOLU KURUMLAR
VKN: 4680072123



F-ARŞİV FATURA

MEDICANA

Özelleştirme No:	TR1.2
Senaryo:	EARSIVFATURA
Fatura Tipi:	SATIS
Belge No:	BEA2020000134294
Fatura Tarihi:	15-09-2020
Düzenleme Tarihi:	15-09-2020
Düzenleme Zamanı:	15:14:02
Hasta:	
Protokol No:	
Fatura Id:	
Oluşturan:	Perihan Akdoğan
Şube:	BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ



SAYIN

YUKARI / YURTDIŞI / YURTDIŞI
/ YURTDIŞI
E-posta:
Tel: 5076538076 Faks:
Vergi Dairesi:
VKN/TCKN: 1111111111
TCKN: 1111111111

ETTN: 9C7D2517-4A51-4FD8-81B6-DA9B8E45CB97

Sıra No	Kodu	Mal / Hizmet	Miktar	Birim Fiyat	KDV Oranı	KDV Tutarı	Mal / Hizmet Tutarı
1	802930	Cörüntüleme eşliğinde biyopsi (kalın iğne)	1 Adet	4.600,0000 TL	% 0,00	0,00 TL	4.600,00 TL
2	910260	Böbrek biyopsi iğne	1 Adet	1.000,0000 TL	% 0,00	0,00 TL	1.000,00 TL

Mal / Hizmet Toplam Tutarı	5.600,00 TL
Vergiler Dahil Toplam Tutar	5.600,00 TL
Ödenecek Tutar	5.600,00 TL

Vergi Muafiyet Sebebi 3065 sayılı KDV kanunu 13/1 maddesi gereği istisna

Genel Açıklamalar

YALNIZ #BeşBinAltıYüz TL#
GARANTİ BANKASI (TL) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR11 0006 2001 6080 0006 2994 23
GARANTİ BANKASI (EURO) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR65 0006 2001 6080 0009 0993 26
GARANTİ BANKASI (USD) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR38 0006 2001 6080 0009 0993 27

e-Arşiv izni kapsamında elektronik ortamda iletilmiştir.
e-Arşiv izni kapsamında oluşturulmuştur.
Ayrıntılı Döküm Ektedir
İrsaliye yerine geçer.

TC

PA

MEDİCANA HASTANE İŞLETMECİLİĞİ A.Ş. - BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ
Beylikdüzü cad. No: 3
BEYLİKDÜZÜ / İSTANBUL
Tel: 0212 867 75 00 Faks: 0212 867 76 72
Web Sitesi: www.medicana.com.tr
E-posta: efatura.beylikduzu@medicana.com.tr
Vergi Dairesi: ANADOLU KURUMLAR
VKN: 1690072123



E-ARŞİV FATURA

MEDICANA

Özelleştirme No:	TRJ.2
Senaryo:	EARSIVFATURA
Fatura Tipi:	SATIS
Belge No:	BEA2020000127740
Fatura Tarihi:	07-09-2020
Düzenleme Tarihi:	07-09-2020
Düzenleme Zamanı:	
Hasta:	
Protokol No:	
Fatura Id:	
Oluşturan:	Perihan Akdoğan
Şube:	BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ

JRTDTSI

E posta
Tel: 5076536076 Faks:
Vergi Dairesi:
VKN/TCKN: 11111111111
TCKN: 11111111111



ETFN: 5C70294C-1D9C-4FD7-96A5-9027A9F103CB

Sıra No	Kodu	Mal / Hizmet	Miktar	Birim Fiyat	KDV Oranı	KDV Tutarı	Mal / Hizmet Tutarı
1		İlaç	1 Adet	28.500,0000 TL	% 0,00	0,00 TL	28.500,00 TL
2	P618610	Böbrek transplantasyonu	1 Adet	49.922,0000 TL	% 0,00	0,00 TL	49.922,00 TL

Mal / Hizmet Toplam Tutar:	78.422,00 TL
Vergiler Dahil Toplam Tutar:	78.422,00 TL
Ödenecek Tutar:	78.422,00 TL

Vergi Muafiyet Sebebi 3065 sayılı KDV kanunu 13/1 maddesi gereği istisna

Genel Açıklamalar

YALNIZ #YetmişSekizBinDörtYüzYirmiiki TL#

GARANTİ BANKASI (TL) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR11 0006 2001 6080 0006 2994 23

GARANTİ BANKASI (EURO) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR65 0006 2001 6080 0009 0993 26

GARANTİ BANKASI (USD) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR38 0006 2001 6080 0009 0993 27

e-Arşiv izni kapsamında elektronik ortamda iletilmiştir.

e-Arşiv izni kapsamında oluşturulmuştur.

Ayrıntılı Döküm Ektedir

İrsaliye yerine geçer

MEDICANA HASTANE İŞLETMELİĞİ A.Ş. - BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ
Beylikdüzü cad. No: 3
BEYLİKDÜZÜ / İSTANBUL
Tel: 0212 867 75 00 Faks: 0212 867 76 72
Web Sitesi: www.medicana.com.tr
E-posta: efatura.beylikduzu@medicana.com.tr
Vergi Dairesi: ANADOLU KURUMLAR
VKN: 4680072123



E-ARŞİV FATURA

MEDICANA

Özelleştirme No:	TR12
Senaryo:	EARSIVFATURA
Fatura Tipi:	SATIS
Belge No:	BEA2020000134295
Fatura Tarihi:	15-09-2020
Düzenleme Tarihi:	15-09-2020
Düzenleme Zamanı:	15-09-2020
Hasta:	
Protokol No:	
Fatura Id:	
Oluşturan:	Merhan Aksoygun
Şube:	BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ

TDİSİ

E-posta:
Tel: 5076538076 Faks:
Vergi Dairesi:
VKN/TCKN: 11111111111
TCKN: 11111111111



FTTN: R3D4FAR1-DE69-470E-BC 2D-46B49E(A)CF99

Sıra No	Kodu	Mal / Hizmet	Miktar	Birim Fiyat	KDV Oranı	KDV Tutarı	Mal / Hizmet Tutarı
1		Müdahale	1 Adet	2.097,0200 TL	% 0,00	0,00 TL	2.097,02 TL

Mal / Hizmet Toplam Tutarı	2.097,02 TL
Vergiler Dahil Toplam Tutar	2.097,02 TL
Ödenecek Tutar	2.097,02 TL

Vergi Muafiyet Sebebi 3065 sayılı KDV kanunu 13/1 maddesi gereği istisna

Genel Açıklamalar

YALNIZ #İkiBinDoksanYedi TL, İki KR#
GARANTİ BANKASI (TL) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR11 0006 2001 6080 0006 2994 23
GARANTİ BANKASI (EURO) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR65 0006 2001 6080 0009 0993 26
GARANTİ BANKASI (USD) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR38 0006 2001 6080 0009 0993 27

e-Arşiv izni kapsamında elektronik ortamda iletilmiştir.
e-Arşiv izni kapsamında oluşturulmuştur.
Ayrıntılı Doküm Ektedir
İrsaliye yerine geçer.

MEDİCANA HASTANE İŞLETMECİLİĞİ A.Ş. - BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ
Beylikdüzü cad. No: 3
BEYLİKDÜZÜ / İSTANBUL
Tel: 0212 867 75 00 Faks: 0212 867 76 72
Web Sitesi: www.medicana.com.tr
E-posta: efatura.beylikduzu@medicana.com.tr
Vergi Dairesi: ANADOLU KURUMLAR
VKN: 4680072123



E-ARŞIV FATURA

MEDİCANA

Özelleştirme No:	TR1.2
Senaryo:	EARSIVFATURA
Fatura Tipi:	SATIS
Belge No:	BEA2020000116204
Fatura Tarihi:	21-08-2020
Düzenleme Tarihi:	21-08-2020
Düzenleme Zamanı:	17:17:51
Hasta:	
Protokol No:	
Fatura Id:	
Oluşturucu:	Perihan Akdoğan
Şube:	BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ

SAĞIN

YURT DIŞI YURTDIŞI / YURTDIŞI

E-posta:
Tel: 5070538076 Faks:
Vergi Dairesi:
VKN/VKN: 11111111111
TCKN: 11111111111



EFTN: 81683CA3-5A7B 4880-A1D6 6851BRC318/0

Sıra No	Kodu	Mal / Hizmet	Miktar	Birim Fiyat	KDV Oranı	KDV Tutarı	Mal / Hizmet Tutarı
1		Tıbbi Malzeme	1 Adet	77,7700 TL	% 0,00	0,00 TL	77,77 TL
2		İlaç	1 Adet	39,2600 TL	% 0,00	0,00 TL	39,26 TL
3		Hizmet	1 Adet	1.182,9800 TL	% 0,00	0,00 TL	1.182,98 TL

Mal / Hizmet Toplam Tutar:	1.300,00 TL
Vergiler Dahil Toplam Tutar	1.300,00 TL
Ödenecek Tutar	1.300,00 TL

Vergi Muafiyet Sebebi 3065 sayılı KDV kanunu 13/1 maddesi gereği istisna

Genel Açıklamalar

YALNIZ #BinÜçYüz TL#

GARANTİ BANKASI (TL) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR11 0006 2001 6080 0006 2994 23

GARANTİ BANKASI (EURO) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR65 0006 2001 6080 0009 0993 26

GARANTİ BANKASI (USD) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR38 0006 2001 6080 0009 0993 27

e-Arşiv izni kapsamında elektronik ortamda iletilmiştir.

e-Arşiv izni kapsamında oluşturulmuştur.

Ayrıntılı Döküm Ektedir

İrsaliye yerine geçer.

BİRP
OPUT

2
AA

MEDICANA HASTANE İŞLETMELİĞİ A.Ş. - BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ
Beylikdüzü cad. No: 3
BEYLİKDÜZÜ / İSTANBUL
Tel: 0212 867 75 00 Faks: 0212 867 76 72
Web Sitesi: www.medicana.com.tr
E-posta: efatura.beylikduzu@medicana.com.tr
Vergi Dairesi: ANADOLU KURUMLAR
VKN: 4680072123



MEDICANA

E-ARŞIV FATURA

Özelleştirme No:	TR1 2
Senaryo:	EARSIVFATURA
Fatura Tipi:	SATIS
Belge No:	BEA2020000114958
Fatura Tarihi:	20-08-2020
Düzenleme Tarihi:	20-08-2020
Düzenleme Zamanı:	
Hasta:	
Protokol No:	
Fatura Id:	
Oluşturan:	Perihan Akdoğan
Şube:	BEYLİKDÜZÜ ŞUBESİ

URTDISI

E-posta:
Tel: 5076538076 Faks:
Vergi Dairesi:
VKN/TCKN: 11111111111
TCKN: 11111111111



ETTN: B459B59E-DDCC-4739-869F-333C52352E9B

Sıra No	Kodu	Mal / Hizmet	Miktar	Birim Fiyat	KDV Oranı	KDV Tutarı	Mal / Hizmet Tutarı
1		Tıbbi Malzeme	1 Adet	140,1900 TL	% 0,00	0,00 TL	140,19 TL
2		Hizmet	1 Adet	1.159,8100 TL	% 0,00	0,00 TL	1.159,81 TL

Mal / Hizmet Toplam Tutarı	1.300,00 TL
Vergiler Dahil Toplam Tutar	1.300,00 TL
Ödenecek Tutar	1.300,00 TL

Vergi Muafiyet Sebebi 3065 sayılı KDV kanunu 13/1 maddesi gereği istisna

Genel Açıklamalar

YALNIZ #BinÜçYüz TL#

GARANTİ BANKASI (TL) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR11 0006 2001 6080 0006 2994 23

GARANTİ BANKASI (EURO) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR65 0006 2001 6080 0009 0993 26

GARANTİ BANKASI (USD) KOZYATAĞI TİCARİ ŞUBESİ (1608) TR38 0006 2001 6080 0009 0993 27

e-Arşiv izni kapsamında elektronik ortamda iletilmiştir.

e-Arşiv izni kapsamında oluşturulmuştur.

Ayrıntılı Döküm Ektedir

İrsaliye yerine geçer.

