



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 М
В Н за съпруга ѝ Н Д Н

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от М В Н от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. № регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-943/11.05.2021 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение за съпруга ѝ Н Д Н.

По данни от представената епикриза, на 06.04.2021 г. г-н Н е постъпил за лечение в Специализирана болница за активно лечение на онкологични заболявания „Д-р Марко Антонов Марков – Варна” ЕООД с окончателна диагноза – Малигнена стеноза на хранопровод с ендоскопско протезиране. Са на долна трета на хранопровода. Последвало е ендоскопско протезиране на стенотичния участък на хранопровода. Г-н и г-жа Н са заплатили 2294,40 лв. за езофагиален стент. Няколко дни след процедурата г-н Н е починал.

Г-н и г-жа Н са пенсионери и получават месечно 839,72 лв.

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. 2 от ЗМСМА, във връзка с чл. 21, ал.1, т. 6 и 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 М В: Не за съпруга ѝ
F П Н в размер на 400,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация” §4214 срещу представяне на разходооправдателни документи.

ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ

Кмет на Община Нови пазар



ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен индекс и дата	
- 943 / 11.05.2021	
а изпълнение	

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

Ч. Зойчева
11.05.2021

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

..... М Е Д
(име, презиме и фамилия)
Постоянен адрес: гр./с. *НОВИ ПАЗАР* община *НОВИ ПАЗАР*
Обл. *Шумен*
ул. № , бл. , вх. , ет. , ап.
Настоящ адрес: гр./с. *НОВИ ПАЗАР* община *НОВИ ПАЗАР*
Обл. *Шумен*
ул. № , бл. , вх. , ет. , ап.
телефон за връзка: 5.....

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. Пострадалот 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 абитуриенски бал.

ДЕКЛАРИРАМ:

I. Семейно положение:

Декларатор: М БА Ъ
 (име, презиме, фамилия)

ЕГН:, Семейно положение: МАДОБНА

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

III. Здравословно състояние

Декларатор:	Съпруг (съпруга)
<input checked="" 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"/> 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%	<input type="checkbox"/> с ЛКК <input type="checkbox"/> над 90% <input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%

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%
2.		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ЛКК

			<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.		000000000	гр. БАРНА	СНГ
2.			с. КУМАНОВО	СНГ
3.			с. КУМАНОВО	СНГ

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 ... 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 идръжка 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 лицетоне 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 деклариращи от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 10.05.2021г.

гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТО

(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

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

М,

се

.....
(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:

ЗАЯВЛЕНИЕ - ДЕКЛАРАЦИЯ

(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 съгласие.

Дата: 10.05.2021г.

Декларатор:

Получено от

(име, фамилия и подпис на длъжностното лице)

на

(дата)



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: 11.05.2021 г.
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЕМЕЙНО ПОЛОЖЕНИЕ, СЪПРУГ/А И ДЕЦА

Настоящото удостоверява, че:

Име: **МА** **В** **И**
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

е със семейно положение: **ВДОВИЦА**

Данни за съпруг/а и деца:

№ по ред	Име: собствено, бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Дете	Дата на смърт
1.	Д Д		СИН	-----
2.	В Д		СИН	-----
3.	С Д		СИН	-----

Удостоверението е издадено на основание чл. 14, ал. 1 от Наредбата за издаване на удостоверения въз основа на регистъра на населението.

Длъжностно лице: **НИКОЛИНКА ЦВЕТКОВА**
име: собствено фамилно

Подпис и печат:

<https://nm.grao.bg/udostoverenia/> с код EDuN4m75v

Шумен
23.04.2

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен индекс и дата	
AP-878	23.04.2021
Срок за изпълнение	

Данни на кандидата:

.....
 (име, презиме и фамилия)
 Постоянен адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР....., община НОВИ ПАЗАР
 Област ШУМЕН.....
 ул. № бл. вх. ет. ап.
 Настоящ адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР....., община НОВИ ПАЗАР
 Област ШУМЕН.....
 ул. № бл. вх. ет. ап.
 телефон за връзка: .

Данни на законния представител на кандидата:

.....
 (име, презиме и фамилия)
 Постоянен адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР....., община НОВИ ПАЗАР
 Област ШУМЕН.....
 ул. № бл. вх. ет. ап.
 Настоящ адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР....., община НОВИ ПАЗАР
 Област ШУМЕН.....
 ул. № бл. вх. ет. ап.
 телефон за връзка:

УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО КМЕТ,

Желя да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за:

(подчертава се вида на исканата еднократна помощ)

1. Пострадалот 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 позитиве 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 абитуриенски бал.

ДЕКЛАРИРАМ:

I. Семейно положение:

Декларатор: Н А Н
 (име, презиме, фамилия)

ЕГН:, Семейно положение:

Съпруг/съпруга: ! Н
 (име, презиме, фамилия)

ЕГН:
 Постоянен адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР, община НОВИ ПАЗАР
 Област ШУМЕН

ул. №, бл., вх., ет., ап.

Настоящ адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР, община НОВИ ПАЗАР
 Област ШУМЕН

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> здрав	<input type="checkbox"/> с ЛКК
<input checked="" type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	<input 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 checked="" 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

		<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.		8	гр. БАРНА	СНН
2.		8	с. КУМАНОВО	СНН
3.			с. КУМАНОВО	СНН

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 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: НЕВИ - 4,5 АКА

.....
.....
.....

XI. Декларирам, че съм/не съм сключил/а договор за предоставяне на собственост срещу задължение за идръжка 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 лицетоне 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:
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР:,
(подпис) ...

СБАЛОЗ д-р Марко Антонов Марков-Варна ЕООД
организация

№ от НДР **BG000090154** **ПРИХОДЕН** № **2000016943**
КАСОВ ОРДЕР Дата **08/04/21**

БУЛСТАТ **000090154**

Да се приеме от **Н I**

За / срещу седиране ,обезболяване и наблюдение на пациент

Сумата **120.00**

Словом: **СТО и двадесет лв. и 0 ст.**

Получил сумата, касиер: _____ Гл. счетоводител: _____
подпис подпис

№ по ред	Приложение		Д/т с/ка	Кредит				Сума
	№	дата		с/ка	подел.	ст	партида	

Счетоводител: _____
подпис

СБАЛОЗ д-р М.МАРКОВ ВАРНА ЕООД
 ГР.ВАРНА БУЛ.ЦАР ОСВОБОДИТЕЛ 100
 ЕИК: 000090154

КАСА ПРИЕМЕН КАБИНЕТ
 ГР.ВАРНА М-СТ ВИЛИТЕ АСПАРУХОВО
 ЗДАС N BG000090154

#0001 Оператор 01 0001
 УНП: 00000000-0000-00000000

Каса: 2 #
 # Касиер: 113 Светли Маркова #
 # КО: 2000016943 #
 # Николай Неделчев #
 # седиране ,обезболяване и наб #
 # 1.000 x 120.00 = #
 # лодение на пациент 120.00 А #
 # д-р Миглена Кожухарова #
 #

ОБЩА СУМА: 120.00
 В БРОЙ ЛВ 120.00
Заповядайте пак!
 01 артикул
 001296 08.04.2021 09:05:58

ЕООД

6943

лчев

СТ.

подпис

подпис



BG ФИСКАЛЕН БОН
 04439326 36597362
 17898-9A1C6-F96A7-1C070
 C00D6-2A2CF-5C810-F7625



Получател Адрес Нови пазар, ул. No	Издател СБАЛОЗ д-р Марко Антонов Марков-Варна ЕООД Адрес гр. Варна, бул. "Цар Освободител" №100, кв. "Аспарухово", местност "Вилите"
ИН/ЕГН ИН по ДДС МОЛ	ИН/ЕГН 000090154 ИН по ДДС BG000090154 МОЛ проф. д-р Георги Кобаков, д.м.

Фактура

№ **2000000663** от дата **08/04/2021 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	седиране ,обезболяване и наблюдение на пациент	бр.	1	120.00	120.00
ВСИЧКО (с думи): сто и двадесет лв. и 0 ст.				Данъчна основа	120.00
				ДДС %	0.00
				Обща стойност	120.00

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: 08/04/2021 г.

Място на сделката: Варна, кв.Аспарухово

Пациент

ЕГН

Начин на плащане: В брой

По IBAN

ВІС

При:

Съставил: Светла М

Подпис

Подпис

1996-2021 Г. Ана Кокуш @ КОРМАСТЕРФ, www.gamruconsult.com

ОРИГИНАЛ



СБАЛОЗ д-р Марко Антонов Марков-Варна ЕООД
организация

№ от НДР **BG000090154** **ПРИХОДЕН** № **2000016942**
КАСОВ ОРДЕР Дата **08/04/21**

БУЛСТАТ **000090154**

Да се приеме от

За / срещу **езофагиален стент**

Сумата **2294.40**

Словом: **две хиляди двеста деветдесет и четири лв. и 40 ст.**

Получил сумата, касиер: _____ Гл. счетоводител: _____
подпис *подпис*

№ по ред	Приложение		Д/т с/ка	Кредит				Сума
	№	дата		с/ка	подел.	ст	партида	
Счетоводител: _____				Всичко: _____				

1999-2021 Farka Kocunov® КОДМАСТЕР®, www.gammasoft.com



СБАЛОЗ д-р М.МАРКОВ ВАРНА ЕООД
ГР.ВАРНА БУЛ.ЦАР ОСВОБОДИТЕЛ 100
ЕИК: 000090154

КАСА ПРИЕМЕН КАБИНЕТ
ГР.ВАРНА М-СТ ВИЛИТЕ АСПАРУХОВО
ЗДАС N BG000090154

#0001 Оператор 01 0001
УНП: 00000000-0000-00000000

Каса: 2 #
Касиер: 113 Светла Маркова #
КО: 2000016942 #
Николай Неделчев #
1.000 x 2294.40 =

езофагиален стент 2294.40 Б
д-р Красимир Иванов #
#

ОБЩА СУМА: 2294.40

В БРОЙ ЛВ 2294.40
Заповядайте пак!
01 артикул
001294 08.04.2021 09:01:56



BG ФИСКАЛЕН БОН
04439326 36597362
E0042-053CA-00E25-68F00
2500B-4F592-E1C27-CE48E

ООД
142
чев
сет и
с
ас

Получател	Издател
Адрес	СБАЛОЗ д-р Марко Антонов Марков-Варна ЕООД гр. Варна, бул. "Цар Освободител" №100, кв. "Аспарухово", местност "Вилите"
ИН/ЕГН	ИН/ЕГН 000090154
ИН по ДДС	ИН по ДДС BG000090154
МОЛ	МОЛ проф. д-р Георги Кобаков, д.м.

Фактура

№ **2000000662** от дата **08/04/2021 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	езофагиален стент	бр.	1	1912.00	1912.00
ВСИЧКО (с думи): две хиляди двеста деветдесет и четири лв. и 40 ст.				Данъчна основа	1912.00
				ДДС 20%	382.40
				Обща стойност	2294.40

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: 08/04/2021 г.

Място на сделката: Варна, кв.Аспарухово

Пациент †
ЕГН

Начин на плащане: В брой

По IBAN

VIC

При:

Съставил: Светла Маркова

Подпис

Подпис

1996-2021 Г. Ана Хюксис © КОДМАСТЕРЪ. www.gammasoft.com



ОРИГИНАЛ



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Населено място /район
Община
Област

ГР.НОВИ ПАЗАР
НОВИ ПАЗАР
ШУМЕН

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

ПРЕПИС-ИЗВЛЕЧЕНИЕ ОТ АКТ ЗА СМЪРТ

1. Име	собствено бащино фамилно	Н Д Н
2. Дата на смъртта	ден, месец, година	24.04.2021 г.
3. Час и минути на смъртта		6 часа и 9 минути
4. Място на смъртта	населено място /държава община област	ГР.ШУМЕН ШУМЕН ШУМЕН
5. ЕГН		
6. Дата на раждане	ден, месец, година	г.
7. Място на раждане	населено място /държава община област	ГР.НОВИ ПАЗАР НОВИ ПАЗАР ШУМЕН
8. Пол		МЪЖ
9. Гражданство	държава	БЪЛГАРИЯ
10. Семейно положение		ЖЕНЕН(ОМЪЖЕНА)
11. Постоянен адрес	населено място община област	ГР.НОВИ ПАЗАР НОВИ ПАЗАР ШУМЕН

Преписът е издаден въз основа на акт за смърт № 720 от дата 24.04.2021 г.,
ден, месец, година

съставен в: ГР.ШУМЕН, общ. ШУМЕН, обл. ШУМЕН
населено място /район, община, област

Дата на издаване: 14.05.2021 г.
ден, месец, година

Длъжностно лице по гражданско състояние: СИЛВИЯ РОСЕНОВА СТЕФАНОВА
име: собствено и фамилно

Подпис и печат.....