

**УНИФИЦИРАНИ ФОРМУЛАРИ НА ФАКТУРИ И ИЗВЕШТАИ, КОИ
ЗАДОЛЖИТЕЛНОТРЕБА ДА СЕ ДОСТАВУВААТ ДО МИНИСТЕРСТВОТО ЗА
ЗДРАВСТВО (ПОЕДИНЕЧНО СПОРЕД ПРОГРАМИТЕ ЗА КОИ СЕ
ОДНЕСУВААТ ОБРАСЦИТЕ)**

ЈЗУ _____ Редовна сметка _____ Депонент: _____ ЕДБ: _____ Тел. _____ E-mail: _____ _____, _____ 2012 година	ДО МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО -Сектор за здравствено осигурување СКОПЈЕ
---	--

ФАКТУРА БР. _____

Извршени здравствени услуги по Програма за организирање и унапредување на крводарителството во Република Македонија, квартално _____ 2012 година („Службен весник на Република Македонија“бр.8/2012).

За реализација на мерките и активности утврдени во Програмата, потребните финансиски средства се обезбедуваат врз основа на следната пресметка:

Вкупно третирани пациенти - осигурани лица (квартално _____ 2012 година).

Р. б.	ОПИС	Број на пациенти	Износ на партиципација
1.	Здравствени услуги за пациенти кои дарувале крв над 10 пати (по болнички пресметки)		
2.	Здравствени услуги за пациенти кои дарувале крв над 10 пати (по амбуланстски пресметки)		
	ВКУПНО:		

ФАКТУРИРАЛ,	КОНТРОЛИРАЛ,	ДИРЕКТОР,

ДО

**МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО
СЕКТОР ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
СКОПЈЕ**

ИЗВЕШТАЈ

За реализација на Програмата за организирање и унапредување на крводарителството („Службен весник на РМ“ бр.8/12) во ЈЗУ _____ за (квартално _____ 2012 година.

Согласно Програмата за организирање и унапредување на крводарителството за квартално _____ 2012 година извршени се прегледи на вкупно _____ пациенти, од кој по болнички пресметки се _____ пацинети, по амбулантско-поликлинички пресметки се _____.

Согласно одделот за финансирање на Програмата, остварени се следните активности:

1.	Здравствени услуги за пациенти кои дарувале крв над 10 пати,вкупно пациенти _____вкупно партиципација _____ (по болнички пресметки)
2.	Здравствени услуги за пациенти кои дарувале крв над 10 пати, вкупно пациенти. _____,вкупно партиципација _____ (по амбулантски пресметки)
ВКУПНО ЗА ПЛАЌАЊЕ:	

Напомена:

Задолжително кон фактурата и извештајот да се достави во прилог,пресметка за извршените здравствени услуги на пациентите (по болнички и амбулантско- поликличички пресметки) со идентификација на лицето-пациентот, фотокопија од здравствената легитимација каде има печат од Фондот за Здравствено Осигурување дека пациентот е ослободен од партиципација по основ на дарител на крв над 10 пати.

ИЗГОТВИЛ,

КОНТРОЛИРАЛ,

ДИРЕКТОР,