



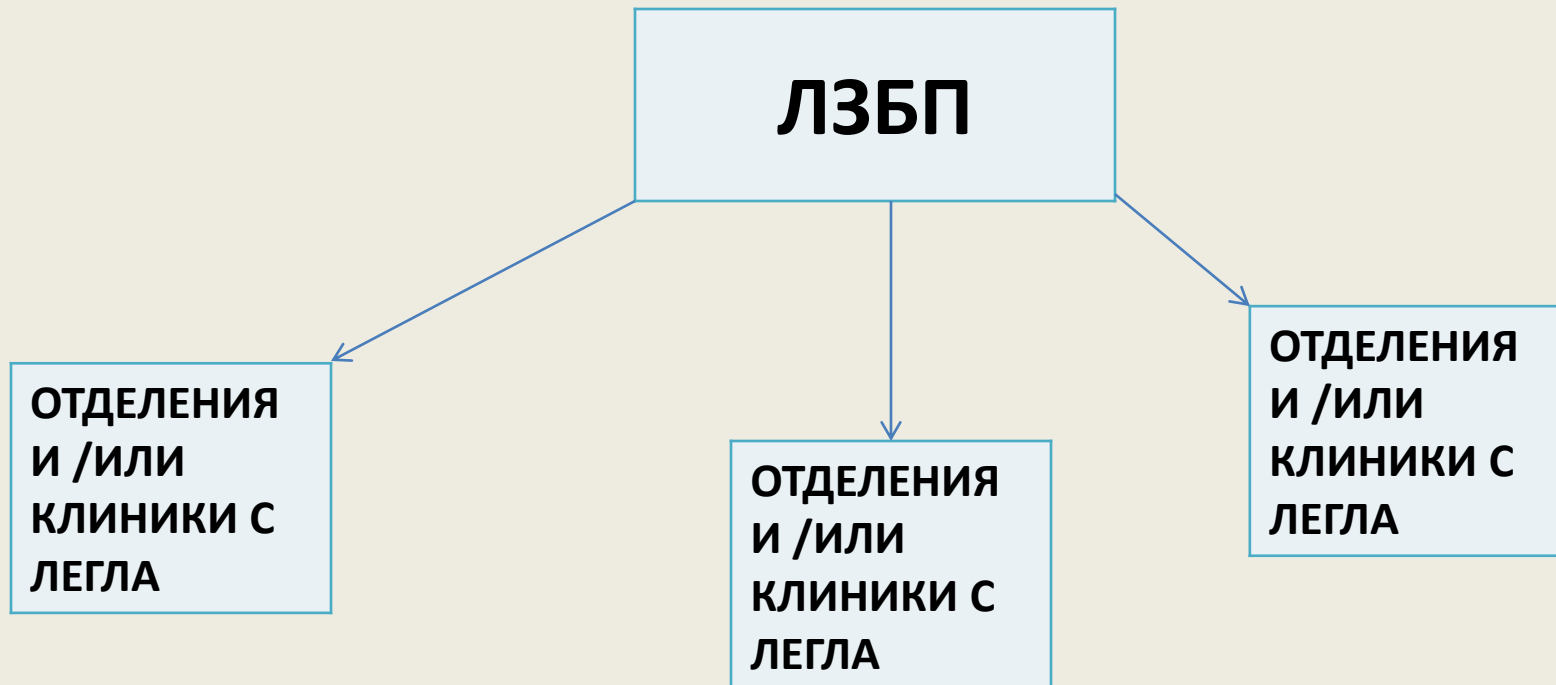
НАЦИОНАЛНА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ФОРМИРАНЕ НА
ПРОГНОЗНИ ОБЕМИ
ДЕЙНОСТИ НА ЛЕЧЕБНИ
ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА
ПОМОЩ

ПРОЕКТ 2013 ГОДИНА

ЦЕЛ

- ДА СЕ ПРЕДЛОЖИ ПО-СПРАВЕДЛИВО РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА СРЕДСТВАТА, КОЕТО ДА СЕ БАЗИРА, КАКТО НА РЕАЛНО ОТЧЕТЕН ОБЕМ ДЕЙНОСТ ОТ ЛЗБП, ТАКА И НА РАЗЛИЧНИЯ БРОЙ ПРЕМИНАЛИ ПАЦИЕНТИ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ В ОТДЕЛНИТЕ БОЛНИЦИ СЪС СЪОТВЕТНИТЕ КЛИНИКИ И/ ИЛИ ОТДЕЛЕНИЯ С ЛЕГЛА.



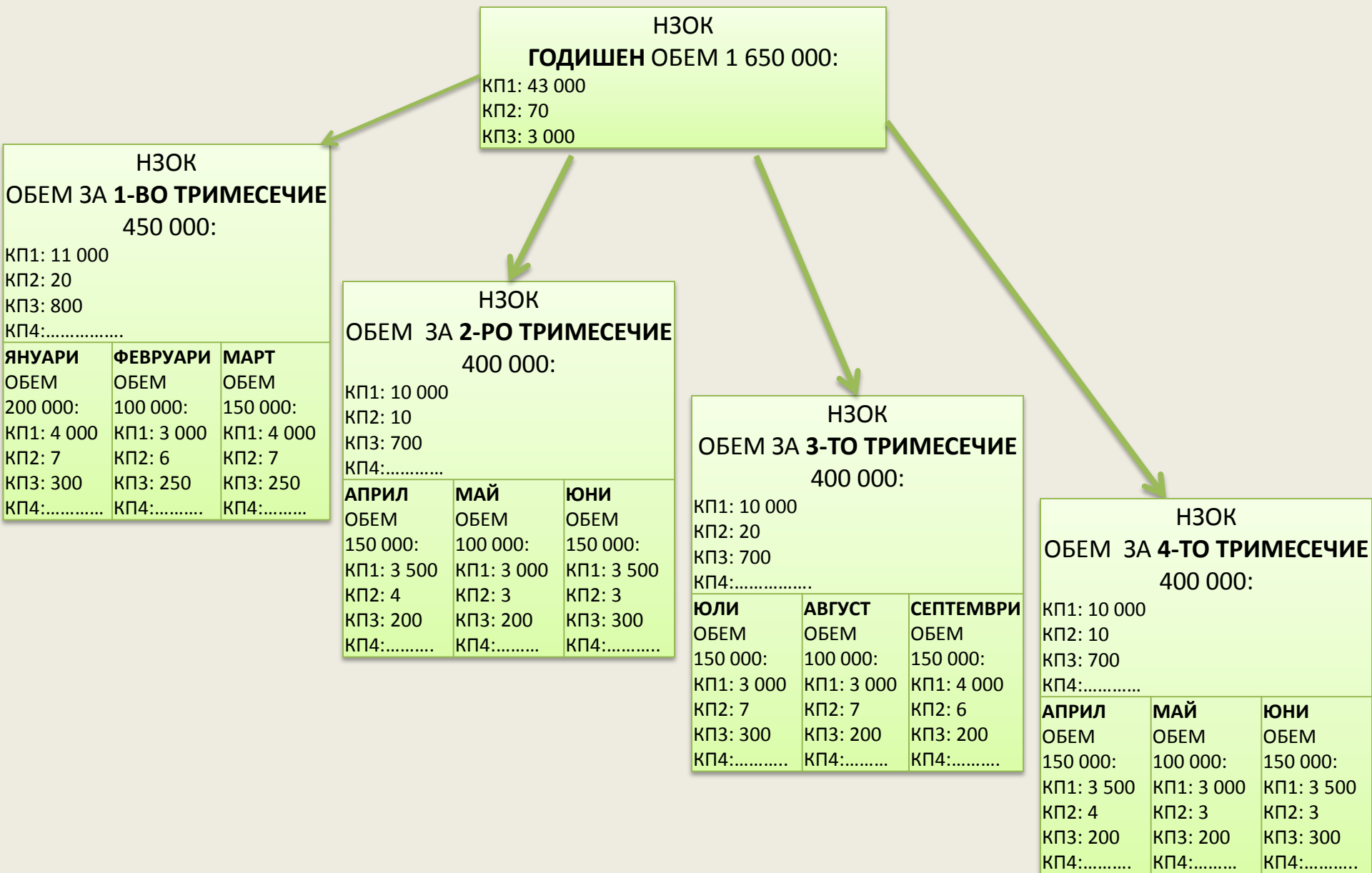
КРИТЕРИИ ЗА ФОРМИРАНЕ НА ПРОГНОЗНИЯ ОБЕМ ДЕЙНОСТ ЗА 2013 ГОДИНА

- БРОЙ ЛЕГЛА СЪГЛАСНО РАЗРЕШЕНИЕ ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ЛЕЧЕБНА ДЕЙНОСТ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ИЛИ РЕГИСТРАЦИЯ В РЗИ;
- БРОЙ ПРЕМИНАЛИ ПАЦИЕНТИ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ;
- СРЕДЕН ПРЕСТОЙ НА 1 БОЛЕН ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ;
- ОБОРОТ НА ЕДНО ЛЕГЛО;
- ИЗПОЛЗВАЕМОСТ НА ЛЕГЛАТА В ДНИ.

УТВЪРЖДАВАНЕ НА ПРОГНОЗНИЯ ОБЕМ ЗА 2013 ГОДИНА

- КОМИСИЯТА В ЦУ НА НЗОК ОПРЕДЕЛЯ ЗАДЪЛЖИТЕЛНА ПРОГНОЗНА ДЕЙНОСТ;
- УТВЪРЖДАВАНЕ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНАТА ГОДИШНА ДЕЙНОСТ ОТ НС НА НЗОК
- ДОПУСКА СЕ ИСКАНЕ ЗА ПРЕХВЪРЛЯНЕ НА НЕИЗПОЛЗВАНА ДЕЙНОСТ ПО КП В РАМКИТЕ НА ПРЕДШЕСТВАЩОТО ТРИМЕСЕЧИЕ В СЛЕДВАЩОТО ПРЕДИ ИЗТИЧАНЕТО МУ. КОРЕКЦИЯТА СЕ ИЗВЪРШВА СЛЕД СТАНОВИЩЕ НА КОМИСИЯТА В НЗОК И УТВЪРЖДАВАНЕ НА НС НА НЗОК . ПОДПИСВА СЕ ДОПЪЛНИТЕЛНО СПОРАЗУМЕНИЕ С ЛЗБП С ОТРАЗЕНАТА В НЕГО ПРОМЯНА;
- ПРИ МОТИВИРАНО ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЛЗБП, ДИРЕКТОРЪТ НА РЗОК МОЖЕ ДА ПРЕДЛОЖИ НА КОМИСИЯТА КОРЕКЦИЯ В РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО НА ДЕЙНОСТТА ДО 3 %, С ПРЕХВЪРЛЯНЕ НА ОБЕМ ПО СЪОТВЕТНАТА КП ОТ ОБЕМА НА СЛЕДВАЩОТО ТРИМЕСЕЧИЕ КЪМ ПРЕДХОДНОТО. КОРЕКЦИЯТА СЕ ИЗВЪРШВА СЛЕД СТАНОВИЩЕ НА КОМИСИЯТА В НЗОК И УТВЪРЖДАВАНЕ НА НС НА НЗОК . ПОДПИСВА СЕ ДОПЪЛНИТЕЛНО СПОРАЗУМЕНИЕ С ЛЗБП С ОТРАЗЕНАТА В НЕГО ПРОМЯНА;
- ВСЯКО ТРИМЕСЕЧИЕ СЕ ИЗВЪРШВАТ ВЪТРЕШНИ КОМПЕНСИРАНИ ПРОМЕНИ НА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО КАТО НЕ СЕ НАДВИШАВА ОБЕМА ДЕЙНОСТ.

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ОБЕМА НА НЗОК



РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ОБЕМА НА НЗОК КЪМ РЗОК ПО КП И ЛЗБП

НЗОК		
ОБЕМ ЗА 1-ВО ТРИМЕСЕЧИЕ		
450 000:		
КП1: 11 000		
КП2: 20		
КП3: 800		
КП4:.....		
ЯНУАРИ	ФЕВРУАРИ	МАРТ
ОБЕМ	ОБЕМ	ОБЕМ
200 000:	100 000:	150 000:
КП1: 4 000	КП1: 3 000	КП1: 4 000
КП2: 7	КП2: 6	КП2: 7
КП3: 300	КП3: 250	КП3: 250
КП4:.....	КП4:.....	КП4:.....

РЗОК 01		
ОБЕМ ЗА 1-ВО ТРИМЕСЕЧИЕ		
16 000:		
КП1: 300		
КП2: 1		
КП3: 28		
КП4:.....		
ЯНУАРИ	ФЕВРУАРИ	МАРТ
ОБЕМ	ОБЕМ	ОБЕМ
6 000:	5 000:	5 000:
КП1: 100	КП1: 100	КП1: 100
КП2: 0	КП2: 1	КП2: 0
КП3: 10	КП3: 8	КП3: 10
КП4:.....	КП4:.....	КП4:.....

РЗОК 02		
ОБЕМ ЗА 1-ВО ТРИМЕСЕЧИЕ		
17 000:		
КП1: 300		
КП2: 0		
КП3: 27		
КП4:.....		
ЯНУАРИ	ФЕВРУАРИ	МАРТ
ОБЕМ	ОБЕМ	ОБЕМ
6 000:	5 000:	6 000:
КП1: 100	КП1: 100	КП1: 100
КП2: 0	КП2: 0	КП2: 0
КП3: 9	КП3: 8	КП3: 10
КП4:.....	КП4:.....	КП4:.....

РЗОК 03		
ОБЕМ ЗА 1-ВО ТРИМЕСЕЧИЕ		
18 000:		
КП1: 400		
КП2: 1		
КП3: 26		
КП4:.....		
ЯНУАРИ	ФЕВРУАРИ	МАРТ
ОБЕМ	ОБЕМ	ОБЕМ
6 000:	6 000:	6 000:
КП1: 150	КП1: 100	КП1: 150
КП2: 1	КП2: 0	КП2: 0
КП3: 8	КП3: 8	КП3: 10
КП4:.....	КП4:.....	КП4:.....

ОНЛАЙН ПОДАВАНИ ДАННИ ЗА ПОСТЪПИЛИ ПАЦИЕНТИ

РЗОК № на пациента
Здравен район на пациента
ЕГН на пациента
ИН на пациента
Име на пациента
Код на държава
Насочен за хоспитализация о:т 1 - ОПЛ; 2 - СИМП; 3 -болница; 4 - Спешна помощ.
РЗОК № на насочващото заведение
Рег. № на насочващото ЛЗ
Наименование на насочващото ЛЗ
УИН на насочващия за хоспитализация лекар
дата наиздаване на направление за хоспитализация
изпраща се за прием спешен/планов
код на отделение, в което се приема
МКБ на насочваща диагноза
изпраща се за лечение по КП №
ИЗ №
Планов/Спешен прием от приемащо ЛЗ
РЗОК № на приемащо ЛЗ
Рег. № на приемащо ЛЗ
УИН на приемащ лекар
Приемна диагноза
Дата на първи преглед
Дата за планов прием
Дата на постъпване
Степен на тежест на състоянието
За спешните случаи - постъпил до 6-ия час, до 24 и след 24-я час

ОНЛАЙН ПОДАВАНИ ДАННИ ЗА ИЗПИСАНИ ПАЦИЕНТИ

РЗОК № на ЛЗ, в което е приет пациента
Рег. № на ЛЗ
Наименование на ЛЗ
Дата на постъпване
Дата на изписване/превеждане
Час на изписване
Клиника/отделение, от което се изписва пациента
Клинична пътека №
ИЗ №
Име на пациента
Презиме
Фамилия
ЕГН на пациента
Пол
Възраст (в дни) за деца под 1 година при приемане в болницата
тегло при прием в грамове
тегло при раждане (за новородено)
ИЗ на майката (за новородено)
Код основна диагноза 1
Код основна диагноза 2
Код придружаващи заболявания 1
Код придружаващи заболявания 2
Код придружаващи заболявания 3
Код процедура 1
Код процедура 2
Код процедура 3
Код процедура 7
Код процедура
Код хистологичен резултат
Флаг дали хистологичният резултат е окончателен
Статус 1- Изписан;2-Преведен в друго ЛЗБП; 3-Починал.
рег. № на ЛЗ, в което се превежда пациента
код МКБ надиагнозата за превеждане 1
код МКБ надиагнозата за превеждане 2
МКБ код на причина за смъртта
Състояние при изписването: 1 здрав; 2 с подобрение; 3 без изменение; 4 с влошаване
пролежани леглодни
Начин на заплащане - 1 - бюджет; 2 - НЗОК; 3 - ДЗОФ; 4 - пациент; 5 - флаг за отчитане на неидентифицирани пациенти (напр. клошари)

<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕТО РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>ОБЩЕСТВЕНА СЪСХОСПИТАЛИЗАЦИЯ</p> </div> </div>		<p>НАСОЧЕН ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОТ:</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> договор с НЗОК <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> РЗОК No. <input type="text"/> здравен район <input type="text"/> </div> <div style="margin-left: 20px;"> 1- ОПЛ 2- специалист, 3- болница, 4- сестина помощ </div> </div>	
<p>ПАЦИЕНТ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> РЗОК No. <input type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> здравен район <input type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> ЕГН (ЛНЧ) на пациента <input type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> Пол м/ж <input type="text"/> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> договор с НЗОК <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 20%;"> РЗОК No. <input type="text"/> здравен район <input type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> регистрационен номер на лечебното заведение <input type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> УИИ на лекар/ЛП/К на лекаря по дентална медицина <input type="text"/> </div> </div>	
Идентификационен номер <input type="text"/>		код на държава <input type="text"/>	
ЕГН <input type="text"/> ЛНЧ <input type="text"/> дата на раждане <input type="text"/>		УИИ на заместващия/аеия лекаря <input type="text"/>	
ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС <input type="checkbox"/> (или по двустранни спогодби)		име на лечебното заведение <input type="text"/>	
Адрес: гр.(с) <input type="text"/> ул. <input type="text"/> No. <input type="text"/>		име и фамилия на лекаря <input type="text"/>	
Ж.К. <input type="text"/> бл. <input type="text"/> вх. <input type="text"/> тел. <input type="text"/>			
Семейно положение <input type="checkbox"/> гражданство <input type="checkbox"/>			

ИЗПРАЩА СЕ ЗА ПРИЕМ:		<input type="checkbox"/> спешен		<input type="checkbox"/> планов		по клинична пътека No. <input type="text"/>	
Насочваща диагноза: <input type="text"/>							
дата на изпращане: <input type="text"/> ден <input type="text"/> месец <input type="text"/> година							
				изпращащ лекар: <input type="text"/>			
				подпис и печат на лечебното заведение <input type="text"/>			

<input type="checkbox"/> Отказ на хоспитализация поради липса на индикации за хоспитализация							
лекар: <input type="text"/>							
подпис и печат на лечебното заведение <input type="text"/>							
ПРИЕМАЩО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ		<input type="checkbox"/> спешен		<input type="checkbox"/> планов		по клинична пътека No. <input type="text"/>	
ИЗВЪРШАЩО БОЛНИЧНА ПОМОЩ							
име на лечебното заведение <input type="text"/>							
приемаш лекар: <input type="text"/>		име и фамилия на лекаря <input type="text"/>		УИИ на лекар/ЛП/К на лекаря по дентална медицина <input type="text"/>		МКБ <input type="text"/>	
Приемна диагноза: <input type="text"/>							
първи преглед: <input type="text"/> ден <input type="text"/> месец <input type="text"/> година		планов прием: <input type="text"/> ден <input type="text"/> месец <input type="text"/> година		приемаш лекар: <input type="text"/>		подпис <input type="text"/>	

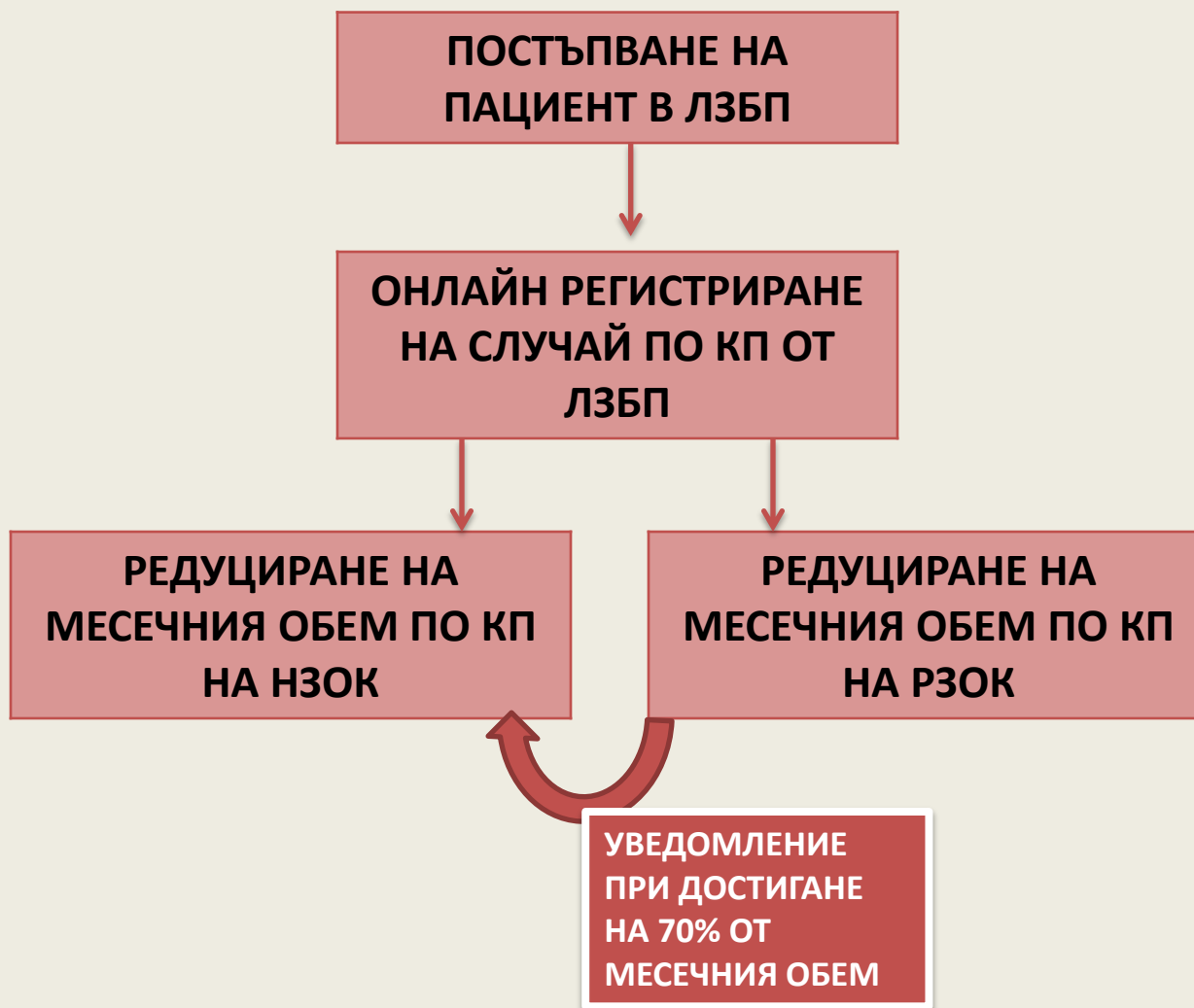
ПОСТЪПИЛ В СТАЦИОНАРА ПАЦИЕНТ				степен на тежест на състоянието <input type="text"/>				до 6 часа <input type="checkbox"/> от 6 до <input type="checkbox"/>			
24 часа <input type="checkbox"/> след 24 часа <input type="checkbox"/>								постъпване от началото на заболяването за <input type="text"/>			
спешните случаи											
приет: <input type="text"/>				ИЗ: <input type="text"/>				код отделение <input type="text"/>			
ден <input type="text"/> месец <input type="text"/> година <input type="text"/> час <input type="text"/> минути <input type="text"/>				номер <input type="text"/> година <input type="text"/>				бюджет <input type="checkbox"/> НЗОК <input type="checkbox"/> ДЗОФ <input type="checkbox"/> пациент <input type="checkbox"/>			
Запознат съм с източника на финансиране и предстоящите процедури								Запознат съм с промяната в терапевтичния план			
Подпис: <input type="text"/>								Подпис: <input type="text"/>			

ПРЕМИНАЛ ПРЕЗ СТАЦИОНАРА ПАЦИЕНТ		[][] [][] [][] [][] <small>дата на изписване / превеждане</small>	[][] [][] <small>код отделение</small>	по клинична пътека No. [][] [][]
деца под 1 г. <small>при приемане в болницата година</small>	[][] [][] <small>възраст (дни)</small>	за новородено: <small>тепло при прием (грама)</small>	ИЗ на майката: <small>тепло при раждане (грама) за новородено номер</small>	
ОСНОВНА ДИАГНОЗА:				МКБ
[][]-[][] [][]-[][]				
придружаващи заболявания и усложнения:				МКБ
[][]-[][] [][]-[][]				
.....				МКБ
[][]-[][] [][]-[][]				
.....				МКБ
[][]-[][] [][]-[][]				
ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:				
МКБ [][]-[][]				
.....				МКБ [][]-[][]
.....				МКБ [][]-[][]
.....				МКБ [][]-[][]
.....				МКБ [][]-[][]
.....				МКБ [][]-[][]
хистологичен резултат:				
МКБ [][]-[][]				
лечение от ЗЗОЛ				<input type="checkbox"/> отказ от
		1. изписан	Обосновка на отказа :	
		подпис.....		
Статус: <input type="checkbox"/>	2. преведен в болница [][]-[][] [][]-[][]		диагноза за превеждане:	
	МКБ [][]-[][] [][]-[][]			
	3. починал	причина за смъртта:	МКБ [][]-[][] [][]-[][]	
			<input type="checkbox"/> освободен от аутопсия	
Пролегзани леглодни: [][] бр. дни [][]		болн. лист No. [][]-[][]		
		състояние при изписването <input type="checkbox"/>		
Директор на лечебното заведение: <small>подпис и печат на лечебното заведение</small>		Началник на отделение: <small>фамилия, подпис</small>		Лекуващ лекар: <small>фамилия, подпис</small>

ОНЛАЙН ЛИСТА ЗА ПЛАНОВ ПРИЕМ

№:	Трите имена:	ЕГН:	Диагноза:	Лекар, насочил за планов прием:	Дата на прегледа:	Дата за хоспитализация:	Отделение/ клиника:
1	Иван Иванов Иванов	0000000	K22.5	Д-р Васил Василев	01.03.2012 г.	05.03.2012 г.	Гастроентерология

ОНЛАЙН РЕГИСТРАЦИЯ НА ПАЦИЕНТ



СЕДМИЧЕН ОТЧЕТ НА ЛЗБП

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	Банка	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	ЕУЛСТАТ	<input type="text"/>
Ж.к. <input type="text"/>	90 <input type="text"/>		<input type="text"/>
	8X <input type="text"/>		
	ET <input type="text"/>		
	ap <input type="text"/>		

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПО ДОГОВОР №

☐ 39-06 ☐ 43-02

☐ за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверявано от друга държава/членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

☐ текуща

☐ дебитно

☐ кредитно

известие № дата

КЪМ ФАКТУРА №.

ЗА ПЕРИОД ОТ:

ДО:

Вид на лечебното заведение от ЗЛПЗ

☐ ЛЗ за болнична помощ...

☐ Силин с легла

☐ ЛЗ по чл.10, т.3а и 3б

☐ хоспис



Име	Представител на лечебното заведение	УИН	<input type="text"/>
-----	-------------------------------------	-----	----------------------

Дейност по клинични пътеки за болнична медицинска помощ по видове и цени, определени по реда на чл.55д от ЗЗО

№ по ред	Код	Название на дейността	Брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I.		Дейност по клинични пътеки	x	x	x
		Всичко за получаване:	x	x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата:

Подпис:

Дата:	<input type="text"/>	Проверили:	<input type="text"/>
Дата:	<input type="text"/>	подпис	<input type="text"/>
		подпис	<input type="text"/>

Дата:	<input type="text"/>
Подпис:	<input type="text"/>
	печат

ФОРМИРАНЕ НА МЕСЕЧЕН ОТЧЕТ НА ЛЗБП

СЕДМИЧЕН ОТЧЕТ № 1 за период от 01.01.13 до 06.01.13, 08:00 ч.

№	Название на дейността	БР.	ЦЕНА (лв.)	СУМА (лв.)
I	Дейност по КП			
1	Исхемичен.....	10	600	6000
2	Исхемичен.....	2	2000	4000
3			
ОБЩО СУМА:				

СЕДМИЧЕН ОТЧЕТ № 2 за период от 07.01.13 до 13.01.13, 8:00 ч.

№	Название на дейността	БР.	ЦЕНА (лв.)	СУМА (лв.)
I	Дейност по КП			
1	Исхемичен.....	8	600	4800
2	Исхемичен.....	1	2000	2000
3			
ОБЩО СУМА:				

СЕДМИЧЕН ОТЧЕТ № 3 за период от 14.01.13 до 20.01.13, 8:00 ч.

№	Название на дейността	БР.	ЦЕНА (лв.)	СУМА (лв.)
I	Дейност по КП			
1	Исхемичен.....	7	600	4200
2	Исхемичен.....	1	2000	2000
3			
ОБЩО СУМА:				

СПЕЦИФИКАЦИЯ- МЕСЕЧЕН ОТЧЕТ- ЯНУАРИ 2013 г.

№	Название на дейността	БРОЙ 2-6 януари	БРОЙ 9-13 януари	БРОЙ 16-20 януари	БРОЙ 23-28 януари	БРОЙ ОСТА-ТЪК 29-31 януари	ОБЩ БРОЙ	ЦЕНА (лв.)	СУМА (лв.)
I	Дейност по КП								
1	Исхемичен...	10	8	7	9	2	36	600	21600
2	Исхемичен...	2	1	1	0	1	5	2000	10000
3								
ОБЩО СУМА:									

СЕДМИЧЕН ОТЧЕТ № 4 за период от 21.01.13 до 27.01.13, 8:00 ч.

№	Название на дейността	БР.	ЦЕНА (лв.)	СУМА (лв.)
I	Дейност по КП			
1	Исхемичен.....	9	600	5400
2	Исхемичен.....	0	2000	0
3			
ОБЩО СУМА:				

МЕСЕЧЕН ОТЧЕТ НА ЛЗБП

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на ~~леч.~~ заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПО ДОГОВОР №

☐ 39-06 ☐ 43-02

☐ за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверение от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

☐ текуща ☐ дебитно ☐ кредитно известие № дата

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение от ЗЛЗ ☐ ЛЗ за болнична помощ... ☐ ЛЗ по чл.10, т.3а и 3б

☐ с или с легла

☐ хоспис

Представляващ лечебното заведение

Име УИН

Дейност по клинични пътеки за болнична медицинска помощ по видове и цени, определени по реда на чл.55д от ЗЗО

№ по ред	Код	Название на дейността	Брой за 1 период от / до	Брой за 2 период от / до	Брой за 3 период от / до	Брой за 4 период от / до	Брой остатък	Общо брой	Ед. цена (лв.)	Сума (лв.)
I.		Дейност по клинични пътеки							x	x
		Всичко за получаване:	x						x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата: / /

Подпис:

Проверили:

Дата: подпис

Дата: подпис

Дата:

Подпис: печат

ОТЧЕТНА ДЕЙНОСТ ЗА ПРЕМИНАЛИ БОЛНИ

НЗОК ТРИМЕСЕЧЕН ОБЕМ: 450 000		
МЕСЕЦ 1	МЕСЕЦ 2	МЕСЕЦ 3
ОБЕМ: 200 000	ОБЕМ: 100 000	ОБЕМ: 150 000

РЗОК 01 ТРИМЕСЕЧЕН ОБЕМ: 16 000		
МЕСЕЦ 1	МЕСЕЦ 2	МЕСЕЦ 3
ОБЕМ: 6 000	ОБЕМ: 5 000	ОБЕМ: 5 000

ЛЗБП 011 ТРИМЕСЕЧЕН ОБЕМ: 7 000		
МЕСЕЦ 1	МЕСЕЦ 2	МЕСЕЦ 3
ОБЕМ: 3 000	ОБЕМ: 2 000	ОБЕМ: 2 000

ЛЗБП 012 ТРИМЕСЕЧЕН ОБЕМ: 4 000		
МЕСЕЦ 1	МЕСЕЦ 2	МЕСЕЦ 3
ОБЕМ: 1 500	ОБЕМ: 1 000	ОБЕМ: 1 500

ЛЗБП 013 ТРИМЕСЕЧЕН ОБЕМ: 5 000		
МЕСЕЦ 1	МЕСЕЦ 2	МЕСЕЦ 3
ОБЕМ: 2 000	ОБЕМ: 1 000	ОБЕМ: 2 000