

РЕШЕНИЕ

№ 33

гр. Бургас, 30.05.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД – БУРГАС в публично заседание на петнадесети май през две хиляди двадесет и пета година в следния състав:

Председател: Илияна Т. Балтова

Членове: Радостина К. Калиманова
Янко Н. Новаков

при участието на секретаря Станка Ст. Ангелова
като разгледа докладваното от Радостина К. Калиманова Въззивно търговско дело № 20252001000065 по описа за 2025 година

Производството по делото е по реда на чл. 258 - чл. 273 от ГПК.

С решение № 30/03.02.2025 година, постановено по търг. дело № 31/2024 година по описа на Окръжен съд - Бургас, е осъдена Национална здравноосигурителна каса, БУЛСТАТ *****, с адрес: град София, район „Лозенец“, ул. „Кричим“ № 1, представлявана от управителя Ст. Б. М., да заплати на „Специализирана болница за рехабилитация „Мари“ ООД, ЕИК *****, със седалище и адрес на управление град Несебър, п. к. 8230, парцел пл. № 084029, п. к. 58, представлявано от управителя Ант. Й. Г., сумата от общо 117 454 лева главница, представляваща незаплатена и оказана „надлимитна“ болнична помощ по клинични пътеки за периода м. февруари 2019 година - м. декември 2019 година и сумата от общо 38 828.38 лева - изтекли лихви за забава върху главницата за периода от 29.01.2021 година до 29.01.2024 година, които суми са дължими съгласно договор № 021962/17.05.2018 година, сключен между страните, ведно със законната лихва върху главницата от 117 454 лева, считано от датата на исковата молба - 30.01.2024 година до окончателното изплащане. Присъдени са разноски.

Срещу така постановеното решение е постъпила въззивна жалба от Национална здравноосигурителна каса, представлявана от Р., чрез П. Д. - началник на отдел „Административно и правно обслужване на дейността“, със съдебен адрес: град Бургас, парк „Езеро“, в която се обосновават съображения за неговата неправилност. Навеждат се оплаквания, че стойността на подлежащата на заплащане медицинска дейност не може да излиза от рамките на определените договорени стойности по Приложение № 2 към сключения между страните договор № 021962/17.05.2018 година. Сочи се, че съдържанието

на процесния договор е специфично по отношение на предмет, страни и последици в сравнение с облигационните правоотношения по ТЗ и ЗЗД, тъй като е изрично регламентирано в ЗЗО, НРД и Правилника за устройство и дейността на НЗОК, а контрагентите по него са в субординационни отношения. Изразява се позиция, че осигуряването на правото на здравноосигурените лица на достъп до медицинска помощ, чрез предоставянето по посочения ред на пакет от здравни дейности, е гарантирано, но в рамките на бюджета на НЗОК и при съблюдаване на установения в съответствие със закона финансов план. Изтъква се, че в правомощията на НС на НЗОК е разпределението на така определения на национално ниво обем и стойност на медицинската помощ между всяка РЗОК, по месеци и по изпълнители, като тази дейност се извършва по целесъобразност и в условията на оперативна самостоятелност. Обосновава се неоснователност на предявените претенции по чл. 86 от ЗЗД с оглед липсата на срокове за заплащане на надлимитната дейност и за приключване на процедурата по чл. 8 и чл. 16 от Правилата както в процесния договор, така и в законодателната уредба. Твърди се също, че в рамките на финансовата година, през която са извършени, НЗОК взема решение за изплащане на попадащите в обхвата на гарантирания на здравноосигурените лица пакет здравни дейности, т. е. в конкретния случай едва след 31.12.2019 година би изпаднала в забава. Според въззивника е налице изтекла погасителна давност за претенцията на ищеца за лихва за забава върху претендираната главница. Прави се възражение за изтекла погасителна давност във връзка с вземането за обезщетение за забава по чл. 86 от ЗЗД в размер на законната лихва върху главницата за периода от 29.01.2021 година до 29.01.2024 година и се сочи, че исковата молба е депозирана на 26.02.2024 година.

Моли се за отмяна на решението и отхвърляне претенциите на ищеца.

Претендират се съдебно-деловодни разноски и юрисконсултско възнаграждение.

Не се ангажират доказателствени средства.

В срока по чл. 263 от ГПК е постъпил отговор на въззивната жалба от „Специализирана болница за рехабилитация „Мари“ ООД, чрез адв. М. Г. - БАК, личен № *****, с адрес за връчване: град Бургас, спортен комплекс „Лазур“, административна сграда, офис 7, в който същата се оспорва като неоснователна. Твърди се, че приетото за установено от първоинстанционния съд напълно кореспондира със събраните по делото писмени доказателства и приетата по делото СИЕ. Соочи се, че претендираните суми напълно отговарят на отразените в протокол № 773/11.08.2020 година на РЗОК като неразплатени суми за 2019 година, представляващи „надлимитна“ медицинска дейност за претендирания период. Изтъква се, че според извършената проверка не са констатирани нарушения на условията и реда за оказване на болнична медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 и т. 3 от ЗЗО, регламентиран в НРД. В отговора се сочи още, че мотивите на Окръжен съд - Бургас съответстват на решение № 6/11.04.2024 година по конституционно дело № 15/2023 година на КС и практиката на Върховен касационен съд. Поддържа се, че здравноосигурените лица не са страна по НРД за медицинските дейности, нито по договора за приемане на цени и обеми на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, имат право на свободен достъп

до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК, а НЗОК е длъжна да заплаща всички здравни дейности в обхвата на този пакет на съответния предоставил медицинската помощ изпълнител. По отношение направеното възражение за изтекла погасителна давност се инвокира настъпила преклузия. Отделно се обосновава неоснователността му. Навеждат се доводи, че настъпилата на 26.01.2020 година изискуемост на вземането за главница, респ. изпадането на длъжника в забава, не води до погасяване по давност на всички вземания за лихви, а единствено за възникналите за период по-дълъг от 3 години, считано от датата на спиране или прекъсване на давността, в случая - датата на предявяване на иска.

Моли се за потвърждаване на обжалвания съдебен акт.

Претендират се разноси във въззивната инстанция.

Въззивната жалба е подадена в преклузивния срок, от легитимирана да обжалва страна, срещу акт, подлежащ на обжалване и отговаря на изискванията на правната норма за редовност. Следователно, същата е допустима за разглеждане по същество. При извършената служебна проверка, съгласно правомощията по чл. 269 от ГПК, Апелативен съд-Бургас констатира, че обжалваното решение е валидно и допустимо.

По отношение на наведените в жалбата съображения за неговата неправилност, Бургаският апелативен съд, като взе предвид доводите на страните, прецени събраните по делото доказателства поединично и в тяхната съвкупност и съобрази и разпоредбите на закона, намира следното:

Установява се от доказателствата по делото, а и това обстоятелство не е спорно, че на 17.05.2018 година между страните в настоящото производство е сключен договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки /КП/ №021962 от същата дата, по силата на който ищецът-изпълнител се е задължил да оказва на здравноосигурени лица /ЗОЛ/, на здравнонеосигурени лица по §2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 година /за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ/ и на лицата по §9, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 година медицинска помощ по КП от приложение №9 към чл. 1 от Наредба № 3 от 2018 година за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, които са посочени съответно в приложение № 17а „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2018 година, съобразно описанието на същите в чл. 1, т. I от него. Постигната е договореност в чл. 19, ал. 1 възложителят да закупува и заплаща на изпълнителя договорената в чл. 1, ал. 1 от договора извършена и отчетена медицинска помощ по изброените КП; вложените при изпълнение на определени КП медицински изделия от списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 година; лекарствени продукти за лечение на онкологични заболявания по чл. 322 от НРД за медицинските дейности за 2018 година. Съобразно чл. 20, ал. 4 от сключеното писмено съглашение, цените на КП, съгласно НРД за медицинските дейности за 2018 година подлежат на корекция, когато при извършване на анализите по чл. 334, ал. 2 от НРД за медицинските дейности за 2018 година се установи превишение на договорените обеми и/или очакван преразход на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности в БМП спрямо месечното разпределение на бюджета за съответния

отчетен/прогнозен период, надхвърлящ повече от 3 на сто с натрупване определените параметри в месечното разпределение на бюджета за БМП за съответния отчетен/прогнозен период. В чл. 25 са визирани условията, при наличието на които възложителят заплаща на изпълнителя при всеки случай по КП, а в чл. 30 - тези за заплащане на вложените медицински изделия по чл. 19, ал. 1, т. 2. В чл. 31 е регламентирано задължението на изпълнителя да подава ежедневно файлове по електронен път в утвърдени от НЗОК формати за оказаната за денонощия дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга; в случай, че извършена дейност не е подадена в ежедневните файлове и не е приета от информационната система на НЗОК по ал. 5 и ал. 8 на същата норма, то тя не се заплаща от възложителя. Последният заплаща договорената и извършена дейност по КП и АПр след представяне на съответните отчетни документи, изчерпателно посочени в чл. 32. Според оспорената от ищеца и сочена от него за нищожна разпоредба на чл. 34 от договора, възложителят закупува от изпълнителя КП, съгласно същия в рамките на стойностите, определени по чл. 36. В чл. 38, ал. 1 е предвидено изпълнителят да отчита с финансово-отчетни документи дейности по чл. 33, ал. 3, т. 2 на стойност, в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид дейности, по чл. 36, ал. 1, т. 2; съгласно ал. 7 на същия чл. 38, изпълнителят не може да предявява за закупуване от възложителя дейности и медицински изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложение №2 към договора.

В исквата си молба ищецът твърди, че в изпълнение на разгледания по-горе договор, в процесния период, а именно февруари - декември 2019 година извършил медицински дейности по КП 258, 259, 260, 261, 262, 263 и 265 на обща стойност от 117 454 лева, които останали незаплатени от ответника; последният му заплатил само тези медицински дейности, които са до размера на определените лимити за 2019 година. Обосновава правото си да получи плащане и на тези надлимитни дейности, които счита качествено извършени от него. Представил е в тази връзка и за установяване на тези свои твърдения протокол № 773 от 11.08.2020 година по чл. 74, ал. 3 от ЗЗО, в който са инкорпирани резултатите от извършена от страна на контролори от състава на РЗОК-Бургас проверка на история на заболяване /ИЗ/, включени в ежедневните отчети на ищеца, които не са заплатени от НЗОК и са отхвърлени в месечните отчети като надвишаващи определената стойност на дейност по договора с РЗОК-Бургас за посочените години, включително и 2019 година. Констатациите в него са, че липсват нарушения на условията и реда за оказване на болнична медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 и 3 от ЗЗО, регламентиран в ЗЗО; при всички ЗОЛ са спазени индикациите за хоспитализация, минимален болничен престой, критериите за завършена клинична пътека и медицинските критерии за дехоспитализация; извършените диагностични изследвания и терапевтични процедури са описани и отразени в болничната документация. Поискал е, също така, което доказателствено искане е било уважено, допускането на съдебно-икономическа експертиза. Вещото лице по нея, в представеното и прието заключение е посочило, че общия размер на извършените от ищеца медицински дейности по КП за периода февруари - декември 2019 година възлиза на сумата от 473 542 лева. Изплатените суми от РЗОК за извършените от ищеца медицински дейности по КП, съгласно

издадените от него фактури е 354 768 лева, а общият размер на неизплатените суми е 117 454 лева. Тези суми съответстват на сумите, посочени в разгледания по-горе протокол №773 от 11.08.2020 година на РЗОК за неразплатени суми за 2019 година, представляващи „надлимитна“ медицинска дейност за претендирания период от време.

При съобразяване на горното и след преценка на съвкупния доказателствен материал се налага извода, че ищецът за процесния период от време е извършил медицински дейности по КП в сочения от него обем, при спазване на установените законови правила за оказване на болнична медицинска помощ, като една част от тях в размер на сумата от 117 454 лева е останала неразплатена и която част е надлимитна, т. е. надвишава рамките на стойностите, определени в чл. 36 от договора. Спорно е между страните в процеса дължи ли ответникът заплащането и на ищеца.

Ищецът е лечебно заведение по чл. 9 от ЗЛЗ и в това си качество е сключил с НЗОК индивидуален договор за оказване на БМП на основание чл. 59, ал. 1 от ЗЗО и Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС. НРД е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите /чл. 4а от ЗЗО/. Задължителното здравно осигуряване, регламентирано в чл. 2 от ЗЗО, гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК - чл. 4 от ЗЗО. В чл. 35, ал. 1 от ЗЗО, сред правата на задължително здравноосигурените лица, са посочени правото да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и правото на спешна помощ там, където попаднат. Видовете медицинска помощ, заплащана от НЗОК, са регламентираны в чл. 45, ал. 1 от ЗЗО. С НРД се определят обемите, цените и методиките за осигуряване и закупуване на видовете медицинска помощ /чл. 55, ал. 2, т. 3а от ЗЗО/. НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица отделните видове медицинска помощ в рамките на обемите, договорени в НРД и съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК /чл. 55а от ЗЗО/.

Анализът на тези относими правни разпоредби сочи, че разходването на средствата от бюджета на НЗОК се подчинява на финансови правила за разпределение на лимитиран бюджет, като индивидуалните договори с изпълнителите на БМП се сключват в рамките на предварително определени обем и стойности, но с предвидени възможности за корекция на предварително заложените стойности на БМП, която НЗОК заплаща. Съобразно константната практика на ВКС по сходни казуси, целта на подписваните типови договори между НЗОК и различните болници, сключени на основание чл. 59 от ЗЗО, е задоволяване на обществен интерес - осигуряване лечението и здравето на здравноосигурени лица или лица, за които е предвидена правна възможност да бъдат лекувани по реда за лечение на здравноосигурените лица. При отчитане на критериите при тълкуване на договора, сключен на основание чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, с оглед отделните клаузи и целта на договора се приема, че договорът има възмезден характер. На изпълнителя на болнична медицинска помощ се

дължи заплащане стойността на възложената му с договора болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и вложени медицински изделия, когато дейността е осъществена съобразно предвиденото в договора и в изпълнение на възложеното, включително, когато тази дейност надхвърля предварително заложените лимити.

Наред с горното е необходимо да се вземе предвид и съобрази, че с решение № 6/11.04.2024 година на КС по к. д. № 15/2023 година /обн., ДВ, бр. 36/23.04.2024 година/, Конституционният съд на Република България е обезсилил като противоконституционна разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО. Решаващите правни съждения, изложени в него, с които е обоснована противоконституционността на правната норма, която не представлява приложимо право през релевантния за настоящия правен казус период, изясняват принципните постановки относно допустимостта на извършването на надлимитните медицински дейности, тяхното правно естество и заплащането на тяхната стойност.

При съобразяване на принципните съображения, изложени в това решение на Касационния съд на Република България се налага именно изложения по-горе извод и по-специално, че НЗОК е длъжна да заплати всяка надлежно оказана, отчетена и приета медицинска помощ, включена на основание чл. 45, ал. 2 от ЗЗО във връзка с чл. 45, ал. 1 от ЗЗО в основния пакет здравни дейности, който следва да бъде гарантиран от бюджета на НЗОК. По този начин ще се обезпечи възможността за достъпна медицинска помощ на всеки един здравноосигурен гражданин, каквато е една от нормативните цели - аргумент от чл. 4, ал. 1 от ЗЗО, предписващ, че задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. В този смисъл, недопустимо - материалноправния смисъл на това понятие, е да се установяват конкретни лимити /обеми/ на медицински дейности за конкретни изпълнители на медицинска помощ, каквито са били уговорени в процесния индивидуален договор. Следователно, изпълнителят на медицинска помощ не може да откаже осъществяване на медицинска услуги на здравноосигурен пациент, основавайки този отказ на предварително въведени лимити /обеми/ медицински дейности, поради което при точно /в качествено и времево отношение/ изпълнение на своите правни задължения, породени от сключения с НЗОК индивидуален договор по реда на чл. 59, ал. 1 от ЗЗО във връзка с чл. 20, ал. 1, т. 4 от ЗЗО, се поражда насрещната парична престация - задължението за заплащане на стойността за извършената през съответния отчетен период болнична помощ по клинични пътеки.

В съответствие с изложеното по-горе, съдът намира, че лечебното заведение е изправна страна по договора, тъй като е престирило болнична медицинска помощ, съгласно предмета на индивидуалния договор. Вида, обема и стойността на същата, предмет на иска, е установена по несъмнен начин в настоящото производство. Тази част от престацията за процесния период от време, която е над предварително определените месечни лимити, болницата не е можела да откаже на пациентите с оглед правото на гражданите да получат медицинско обслужване. След като болницата в изпълнение на императивни правни норми

и на индивидуалния договор с ответника НЗОК е предоставила на нуждаещите се медицинска помощ, която е отчела по предвидения ред, тази медицинска помощ не може да остане неплатена.

Както вече бе посочено, отказът за плащане от страна на ответника е мотивиран единствено и само с това, че дейността е над определените месечни стойности. Забраната НЗОК да заплаща оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ над установените в индивидуалните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО обеми и стойности е уредена в обезсилената правна норма на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО. Това нормативно правило, обаче ограничава правото на здравно осигуряване по КРБ, защото прилагането му не допринася за достъпността на медицинската или денталната помощ, а точно обратното - прави я по-труднодостъпна. За здравноосигурено лице, което попадне в т. нар. „финансово надлимитно пространство“, остава алтернативата или да получи помощ в рамките на същия месец, но от друг изпълнител на медицинска помощ, ненадхвърлил лимита, или да бъде включено в листата на чакащите на лечебното заведение, което първоначално е избрал. Медицинската помощ независимо дали е спешна, или не, има смисъл, ако се предостави своевременно. Отдалечаването във времето на момента на нейното получаване може да нанесе на пациента непоправими или трудно поправими вреди. Тази разпоредба има пряко отношение към конституционното право на гражданите на здравно осигуряване, като го ограничава. С въведената абсолютна забрана за плащане на надлимитни медицински дейности законодателят автоматично изключва онези случаи, в които надхвърлянето се дължи на обективни причини, така че на здравноосигуреното лице да бъде осигурена необходимата грижа. Определяща за пълноценната реализация на конституционно защитеното съдържание на правото на здравно осигуряване се явява именно потребността на здравноосигуреното лице от достъпна и навременна медицинска помощ. Щом като медицинската помощ е престирана на здравноосигурено лице при спазване на разпоредбите за отчитането, държавата чрез специализирания публичен орган НЗОК носи отговорност за финансово обезпечаване на удовлетворения интерес в рамките на бюджета на касата. По така изложените доводи всички въведени с въззивната жалба доводи в тази насока, а именно за липсата на задължение на НЗОК да заплаща стойността на дейност, която превишава определените стойности в договора са неоснователни.

По отношение на претендираната лихва за забава, съдът съобрази следното:

Когато в индивидуалния договор е уговорен срок за изпълнение на насрещното парично задължение, при изтичането на този срок настъпва не само неговата изискуемост /с аргумент от обратното основание от чл. 69, ал. 1 от ЗЗД/, но и длъжникът изпада в забава /аргумент от чл. 84, ал. 1, изр. 1-во от ЗЗД/, като от този момент се поражда акцесорното задължение за заплащане на обезщетение за причинените на изпълнителя имуществени вреди поради неточно изпълнение във времево отношение на правното задължение за заплащане на уговореното парично възнаграждение. Съгласно клаузата, уговорена в чл. 46 от договор № 021962 от 17.05.2018 година за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, възложителят НЗОК е поел правно задължение да заплаща ежемесечно извършената

и отчетената дейност, като изпълнението на паричното задължение следва да бъде осъществено до 25-о число на месеца, следващ отчетния, с изключение на плащанията, за които е предвиден друг срок в чл. 32, ал. 1, т. 2 и 3, ал. 4 и ал. 5. В клаузата на чл. 4, ал. 2 от този индивидуален договор е уговорено, че в случай, че възложителят не изплати на изпълнителя извършената и отчетена дейност в сроковете, определени от НРД за медицинските дейности за 2018 година и индивидуалния договор, възложителят изпада в забава. Поради това възложителят изпада в забава след 25-то число на месеца, следващ отчетния. Предвид обстоятелството, че релевантните медицински дейности са извършени надлежно и са приети от възложителя, като не е спорно обстоятелството, че в дължимото възнаграждение не са включени парични вземания съгласно уговорените изключения по чл. 46 от договора, длъжникът НЗОК е изпаднал в забава при изтичане на двадесет и петия ден след месеца, следващ отчетния. С исковата молба от ищеца се претендира лихва за по-малък период от време, поради което и същата в установения от вещото лице размер правилно и законосъобразно е му е присъдена от първоинстанционния съд /така и в решение № 1 от 08.01.2025 година по търг. дело № 1522/2023 година на ВКС, II т.о./.

Тук е необходимо да се посочи, че ищецът фактически не претендира лихва за период от време, за който това негово вземане е погасено по давност, съобразявайки нормата на чл. 111, б. „б“ от ЗЗД. Във връзка с наведените в жалбата доводи в тази насока следва да се съобрази и това, че мораторна лихва се дължи за период от три години преди предявяване на исковата претенция и образуване на съдебното производство. Следва да бъде споделено и поддържаното в отговора на жалбата от въззиваемия, че възражението за давност е направено за пръв път от въззивника пред настоящата инстанция, поради което и е преклудирано.

По изложените съображения съдът намира, че предявените искове с правно основание чл. 79, ал. 1 от ЗЗД и чл. 86 от ЗЗД са основателни и правилно са били уважени от окръжния съд.

От изложеното до тук е видно, че изводите на двете инстанции съвпадат, поради което и обжалваното съдебно решение като правилно и законосъобразно следва да бъде потвърдено.

На ищцовото дружество - въззиваем, с оглед изхода на настоящото производство, следва да бъдат присъдени сторените съдебно-деловодни разноски, които се свеждат до възнаграждение на ангажирания от него един адвокат. Налице са доказателства за реално платено такова в размер на сумата от 5 000 лева, поради което и предвид предпоставките на приложимата правна норма същата следва да бъде възложена в тежест на въззивника НЗОК. Във връзка със заявеното възражение от последния, следва да се отбележи, че така посоченото по-горе възнаграждение, което е за защита и по двете предявени претенции, предмет на въззивната жалба е в размер значително по-нисък от визириания такъв в чл. 7, ал. 2, т. 4 и т. 5 от Наредба № 1 от 9.07.2004 година за възнаграждения за адвокатска работа.

Мотивиран от горното и по изложените съображения, Бургаският апелативен съд

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 30 от 03.02.2025 година, постановено по търговско дело № 31/2024 година по описа на Окръжен съд - Бургас.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса, БУЛСТАТ *****, с адрес: град София, район „Лозенец“, ул. „Кричим“ № 1, представлявана от управителя Ст. Б. М., да заплати на „Специализирана болница за рехабилитация „Мари“ ООД, ЕИК *****, със седалище и адрес на управление град Несебър, п. к. 8230, парцел пл. № 084029, п. к. 58, представлявано от управителя Ант. Й. Г., сумата от 5 000 /пет хиляди/, представляваща направени от нея съдебно-деловодни разноски.

Настоящото решение подлежи на обжалване в едномесечен срок от съобщението му на страните с касационна жалба пред Върховния касационен съд на Република България.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____