

# РЕШЕНИЕ

№ 2758

гр. Пловдив, 20.07.2022 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**РАЙОНЕН СЪД – ПЛОВДИВ, XIV ГРАЖДАНСКИ СЪСТАВ,** в  
публично заседание на седемнадесети юни през две хиляди двадесет и втора  
година в следния състав:

Председател: Тоско П. Ангелов

при участието на секретаря Росица П. Марджева  
като разгледа докладваното от Тоско П. Ангелов Гражданско дело №  
20205330111122 по описа за 2020 година

Предявена е претенция с правна квалификация чл. 79, ал. 1, пред. 1 ЗЗД във вр. с  
чл. 56 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД от „Многопрофилна болница за активно лечение Тримонциум”  
ООД срещу НЗОК.

Ищецът твърди, че е лечебно заведение за болнична помощ със съответната  
регистрация и разрешение, което имало сключен договор с НЗОК от 19.02.2015г.  
Наред с това, било сключено и допълнително споразумение, както и приложение № 2  
към него определящо месечната стойност на дейността, като за август 2015г. тя била в  
размер на 118 777 лева. Счита, че тази стойност е била неправилно определена поради  
несъответствието и със стойностите от предходната година и поради  
незаконосъобразно решение на НЗОК. Задължителното здравно осигуряване  
гарантирало свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ, както и  
свободен избор на изпълнител. Поради това намира за нищожни клаузите на чл. 20, ал.  
1, 6 и чл. 40, ал. 6 от договора, които ограничавали плащаният до стойностите по  
приложение № 2. Твърди, че е изпълнявал задълженията си за отчитане на оказаната за  
денонощие болнична помощ в Персоналната информационна система (ПИС). Освен  
това следвало да се въвеждат данни за постъпването и напускането на пациентите в  
Регистрационната система на събития по хоспитализация и дехоспитализация  
(ХАДИС). През периода от 24.08.2015г. до 31.08.2015г. ищецът е имал проблеми с  
работата на системата ХАДИС, заради проблеми с доставчика на интернет, а поради  
токов удар е изгорял и един от сървърите, което довело до невъзможност за работа с

болничната информационна система Гама, програмата ХАДИС и софтуера за болнична помощ. Ответникът от своя страна имал проблеми с електрозахранването на 28.08.2015г. Ищецът уведомил ответника за проблема с доставчика на интернет. Поради това възникнал проблем с 60 случая за периода от 24.08.2015г. до 31.08.2015г. От тях ответникът валидирал само тези за 28.08.2015г., когато е имало проблеми с електрозахранването на НЗОК. Останалите не били заплатени. Наред с това, се твърди, че ответникът му е изплатил изцяло договорената в приложение № 2 лимитна стойност от 118777 лева. Намира, че посочените в спецификацията за отхвърлени случаи за месец август 2015г. клинични пътеки следва да бъде платена, защото за хоспитализацията и дехоспитализацията съществувала надлежно оформена документация и поради невъзможността да се ограничава избора на пациента за изпълнител. Поради това иска осъждането на ответника да заплати сумата от 19118 лева за отхвърлените клинични пътеки и 5820.83 лева обезщетение за забава за периода от 31.08.2017г. до 30.08.2020г., както и законната лихва и разноските.

**В срока по чл. 131 ГПК е постъпил отговор** на исковата молба с който се оспорва претенцията. Прави възражение за изтекла погасителна давност. Възразява, че не са налице предпоставките за плащане на клиничните пътеки, защото не била налице хипотезата на чл. 17 от ПМС № 57 от 16.03.2015г., като не били изпълнили условията на чл. 95 от НРД за МД от 2015г. Счита, че проблемът със системата е можел лесно да бъде избегнат ако търговецът е положил дължимата грижа. Изтъква, че системата ХАДИС може да работи и в офлайн режим, а периодът е прекалено дълъг, за да се приемело форсмажорно обстоятелство. Възразява, че работата по договора не е била приета и не се дължи заплащане по нея. Счита претенцията за обезщетение за забава за неоснователна и поради липсата на покана.

**След преценка на събраните по делото доказателства и във връзка със становищата на страните, съдът намира за установено от фактическа и правна страна следното:**

Относно допустимостта:

Индивидуализирани като типови (чл. 24 от Националния рамков договор 2015), за договорите между изпълнителите на медицинска помощ и Националната здравноосигурителна каса важат правилата на договорното право в контекста на особения характер на регулираните отношения. Доколкото към момента на сключването на процесните договори в позитивното ни право не е уреден институтът на административния договор, то споровете във връзка с изпълнението им следва да се разглеждат по общия исков ред, което обуславя тяхната родова подсъдност на гражданския съд. Институтът на административния договор е въведен в позитивното право с нормите на чл. 19а-19ж АПК, обн., ДВ, бр. 74 от 20.06.2016 г. Легалното определение за административен договор е закрепено в чл. 19а АПК. Съгласно чл. 19а (Нов - ДВ, бр. 74 от 2016 г.), ал. 1 АПК, в производство пред административните

органи страните могат да сключат административен договор по въпроси от значим обществен интерес, когато е предвидено в закон. Съгласно ал. 2 от същия член, административният договор е писмено съглашение между административен орган и граждани или организации. Ал. 3 на чл. 19а АПК предвижда, че административният договор се сключва в писмена форма и съдържа: страни, предмет и съдържание, дата на сключване и подписи на страните, ако друго не е предвидено в специален закон. Нормата на чл. 19а от АПК е материалноправна, няма придадено обратно действие и урежда възникнали правоотношения занапред. В този смисъл: Определение № 3 от 19.01.2018 г. на ВАС по адм. д. № 78/2017 г., 5-членен с-в.

Не се установява и наличието на идентични производства. Настоящото дело е за плащането на сума по клинични пътеки отхвърлени за месец август 2015г. поради разминаване в системите ПИС и ХАДИС, индивидуализирани в спецификация за отхвърлени случаи, към която исковата молба препраща и документът е приложен към нея на лист 86 от делото. След преглед на същата се констатира, че за всички е посочена причина- несъответствие с датите от регистрационната система. Другото производство е образувано за заплащането на случаи, при които не е констатирано такова несъответствие, но се твърди да не са платени поради превишаване на лимитната дейност, като клиничните пътеки са индивидуализирани в отделна спецификация. В действителност и за процесните клинични пътеки се твърди да представляват надлимитна дейност, доколкото е посочено, че уговорената в договора сума за месец август 2015г. е платена изцяло, но предвид това, че предмет на исковете са различни клинични пътеки, няма идентичност между предмета двете дела.

Относно иска по чл. 79, ал. 1, пред. 1 ЗЗД във вр. с чл. 56 ЗЗО:

По делото не е спорно, че ищецът е регистриран като лечебно заведение за болнична помощ и в това си качество е имал сключен индивидуален договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки с НЗОК, на основание чл. 59, ал. 1 ЗЗО. Той е изменен с доп. споразумения. По силата на договора, НЗОК възлага на ищеца оказване на болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица и на тези по пар. 2, ал. 1 и пар. 7, ал. 1 ЗБНЗОК. За извършената медицинска дейност, ответникът дължи плащане до 30 число на месеца, следващ съответния отчетен период.

Няма спор и, че ищецът като изпълнител по този договор е предоставил на здравноосигурени лица през м. август 2015 г. медицинска помощ по клинични пътеки, включени в договора и основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Ответникът не прави възражения и относно отчитането и относно стойностите на отделните клинични пътеки. Спорният въпрос е дали така предоставената медицинска помощ подлежи на заплащане от ответника, доколкото съществува разминаване в Регистрационната система за събития по хоспитализация и дехоспитализация (програмен продукт „ХАДИС“) и Персоналната информационна система (ПИС) по отношение на 41 клинични пътеки, като сумата по тях е и

надлимитна – т.е. над стойностите по приложение № 2 към договора.

Между страните не се спори и относно неплащането на процесните клинични пътеки, както и че причина за това е несъответствието между двете системи. Безспорно (протокол от първо о.с.з.) е и обстоятелството, че за всички отхвърлени клинични пътеки са били изпращани ежедневно данни в Персоналната информационна система (ПИС).

От приета СТЕ се установява, че от процесните 41 клинични пътеки за 4 не се установяват нито данни за хоспитализация, нито за дехоспитализация в Регистрационната система за събития по хоспитализация и дехоспитализация (програмен продукт „ХАДИС“)- листове от 7 до 10 от заключението. Съгласно представеното приложение № 2 към СТЕ за 15 случая има данни само за хоспитализация, за 18 има данни само за дехоспитализация, а за 4 в системата има данни както за хоспитализация, така и за дехоспитализация. Експертът посочва, че системата не различава характера на проблемната връзка със сървър на НЗОК. При липса на такава системата запазва данните за регистрациите локално, като ги изпраща след нейното възстановяване. Въвеждането на данните по отношение на всички случай е станало чрез четец. Данните се запазвали локално и криптирано, за да не могат да бъдат прочетени. При изслушването си вещото лице заявява, че при установяването на връзката данните се изпращат, като се появява съобщение само за определен брой.

От разпитания по делото свидетел се установява изпращането на ежедневни отчети през Персоналната информационна система (ПИС) до ответника, както и постъпването на информация за успешно обработване. Поради това нямало грешка нито при хоспитализацията, нито при дехоспитализацията на пациентите. За проблемите разбрали през месец септември при пристигането на отчета. Заявява, че тези пациенти, които са отпаднали, са били „чекирани“ и било позволено тяхното приемане и изписване. Показанията на свидетелката, преценени съгласно чл. 172 ГПК, предвид евентуалната заинтересованост, следва да бъдат кредитирани. Същите са достатъчно ясни и не се опровергават от останалите събрани по делото доказателства.

В чл. 20 от процесния договор, изменен с допълнително споразумение от 06.04.2015 г. в 7 точни са изброени условията, при които ответникът изплаща на ищеца всеки отделен случай по клинична пътека. Ответникът не оспорва спазването им, извън това по т. 7 от клаузата, която предвижда изпълнение на изискванията на чл. 94 от НРД за МД за 2015 г. Според последната при ползване на болнична медицинска помощ лечебното заведение – изпълнител на БП, изисква от лицата представяне на документи, удостоверяващи самоличността им съгласно Закон за българските лични документи. Документите се представят при постъпване във и при напускане на лечебното заведение. В ал. 6 е посочено, че лечебното заведение– изпълнител на БП, събира данните от документа за самоличност, както и информация за датата и часа на

постъпване във и напускане на лечебното заведение– изпълнител на БП, в клиентската част на информационна система на НЗОК "Регистрационна система на събития по хоспитализация и дехоспитализация". Данните от документите с машинночитаема зона се събират чрез електронен четец, а тези от документите без машинночитаема зона се въвеждат ръчно. Лечебното заведение– изпълнител на БП, незабавно изпраща чрез клиентската част на информационната система по ал. 6 електронния документ по ал. 8 в сървърната част на системата, разположена в ЦУ на НЗОК.

Системата е разработена от НЗОК и има за цел да бъде завишен контролът при прием и изписване на пациенти в лечебните заведения, като отчита двете дейности едновременно, както в болничното заведение, така и в НЗОК във времето, когато те реално се случват.

От процесните случай се установява, че за 4 от тях са налице данни, както за хоспитализация, така и за дехоспитализация, поради което направеното от ответника възражение за неплащане на възнаграждения за извършената дейност са неоснователни.

Същото се отнася и за случаите, при които се констатира единствено данни за хоспитализация или за дехоспитализация. Предвид отразяването на едно от двете събития в системата, се установява частично изпълнение на вмененото в договора задължение. Същото не може да се приравни на пълно изпълнение и да обоснове отказът за заплащане на всички дейности, след като по делото е безспорно, че те реално са били извършени. В тази връзка следва да се посочи, че от страна на ответника не са въведени никакви други възражения по отношение на дейността на ищеца, извън липсата на данни в регистрационната система.

По отношение на четирите случая, за които се установява липса на данни както за хоспитализация, така и за дехоспитализация е безспорно (както за всички останали процесни клинични пътеки), че болнична медицинска помощ е предоставена от лечебното заведение. Предвид липсата на възражения в тази насока и с оглед изявленията на процесуалния представител на ответника в първото о.с.з., довели до отмяна на допуснатата СМЕ, следва да се приеме, че документацията за извършените през периода медицински дейности за оказване на болнична помощ е попълнена съгласно изискванията на НРД за МД от 2015 г., както и че не са констатирани пропуски и нарушения относно извършването, документирането и отчитането на тези дейности. Безспорно е и обстоятелството, че е налице ежедневно отчитане на всички постъпили и изписани пациенти в ПИС, като се доказва, че от ответника не са постъпили в този период възражения за несъответствие между тези данни и регистрираните в системата „ХАДИС“ събития.

Липсата на регистрирани събития- хоспитализация и дехоспитализация, при наличие на пълната документация за извършените от ищеца дейности- направления за

хоспитализация, епикризи с отразени дата и час на прием/изписване, декларации от пациентите и други, както и на изпратена коректно информация за приети и изписани пациенти в ПИС, не може да обуслови извод за пълно изпълнение на договорните задължения на ищеца като изпълнител на болнична медицинска помощ. Въвеждането на допълнителни задължения за регистрация на събитията хоспитализация и дехоспитализация в програмен продукт „ХАДИС“, има за цел предотвратяване на случаи на фиктивни пациенти и съответно заплащане на неизвършени дейности. Системата позволява осъществяването на ефективен и навременен контрол на извършваната от лечебните заведения медицинска дейност, поради което липсата на регистрация следва да бъде свързана с конкретно изпълнение по клиничните пътеки. В случая, по делото е безспорно, че всички 41 случая са реални пациенти и е налице реално предоставяне на болнична медицинска помощ. При наличие на безспорно съществуваща информация за реално лекувани пациенти, от една страна и от друга – наличие коректно подадена информация в ПИС за тези случаи, констатираните от НЗОК несъответствия в регистрационната система не обосновават пълно отхвърляне на искането за плащане.

На следващо място, по делото не се установява, констатираното несъответствие да се дължи на виновно поведение на ищеца. От заключението, се установява, че системата съхранява записите криптирано, за да не могат да бъдат прочетени и съобщава само брой на изпратени събития. От това следва, че не позволява на ищеца да извършва проверка на регистрираните данни, както и да следи за коректното изпращане и получаване на информацията от ответника. В същото време от свидетелските показания се установява, че пациентите са били „чекирани“, (въвеждането на данните е ставало с електронен четец) и е било позволено приемането и изписването им в „ГАМА Кодмастър“ (друг програмен продукт, използван в работа на лечебните заведения). При тези данни допуснатите несъответствия, които системата е отчела не могат да бъдат вменени във вина на болницата, тъй като е извършила необходимите действия по регистрация.

Въз основа на изложеното, съдът приема, че болницата е изпълнила основното си задължение, да окаже медицинска помощ на здравноосигурени лица по силата на сключения с НЗОК договор.

Неоснователност на претенцията не се обосновава и от обстоятелството, че процесните суми са над стойностите по приложение № 2 към договора с ответника.

Уредбата на обществените отношения, касаещи здравното осигуряване, е регламентирана в ЗЗО, като това е дейност по управление и разходване на средства от задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на здравни дейности, която се осъществява от НЗОК. Така законодателят е предвидил, че основният пакет от здравни дейности е гарантиран от бюджета на НЗОК, като в чл. 25 ЗЗО е посочено, че в

бюджета задължително се предвижда резерв, със средствата от който се плащат разходи в случай на отклонение от разходването на средствата за здравноосигурителните плащания /чл. 26, ал. 2 ЗЗО/.

Задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ, чрез определен по вид, обем и обхват пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с НЗОК /чл. 4 ЗЗО/. Следователно, щом правото на избор е гарантирано от задължителното здравно осигуряване, което се осъществява от НЗОК, не е допустимо да се ограничава дейността на изпълнител по индивидуален договор, защото на правото на осигурените лица на избор на изпълнител, съответства реципрочното задължение на НЗОК да изплати на изпълнителя, свободно избран от осигурените лица, извършената и отчетена дейност от гарантирания пакет здравни дейности.

По въпроса за задължението на НЗОК за заплащане на медицинска дейност и вложени медицински изделия, надхвърлящи стойностите по приложение № 2 към индивидуален договор за оказване на болнична помощ, и валидността на клаузата в такъв договор, ограничаваща дължимите плащания до определените в посоченото приложение стойности, е формирана практика на ВКС с Решение № 169 от 16.02.2021 г. по т. д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т. о., постановено по реда на чл. 290 ГПК. В него е прието, че уговорената в сключения между НЗОК и изпълнител на медицинска помощ индивидуален договор за оказване на болнична помощ клауза, съгласно която на изпълнителя се заплаща извършената и отчетена дейност по клинични пътеки само, ако е в рамките на стойностите по приложение № 2, не е нищожна на основание чл. 26, ал. 1, предл. 1 ЗЗД. Тази клауза не противоречи на императивни разпоредби на Закона за здравното осигуряване и съответства на чл. 4, ал. 1, т. 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. и чл. 29, ал. 1 от Националния рамков договор за 2015 г. Посочената договорна клауза обаче няма за последица отказ за плащане на медицинската дейност и вложените медицински изделия, когато са в обхвата на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности.

Здравноосигурените лица не са страна по Националния рамков договор за медицинските дейности, нито по договора за приемане на обеми и цени на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО. Те имат право на свободен достъп 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, ал. 1 и чл. 35, т. 1 ЗЗО/, а НЗОК е длъжна да заплаща всички здравни дейности в обхвата на този пакет /чл. 45, ал. 1 ЗЗО/ на съответния изпълнител, предоставил медицинската помощ на здравноосигуреното лице. В случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него, липсва основание да се откаже плащане на

надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител.

Предвидените в договорите между РЗОК и изпълнителите стойности на медицинските дейности са прогнозни и не изключват заплащането на престирания от лечебното заведение медицински дейности при превишаване на месечния лимит.

В чл. 20, т. 6 и чл. 40 от процесния индивидуален договор, във вр. с допълнителните споразумения, е предвидено, че изпълнителят не може да отчита дейности на стойност, надвишаваща стойността за съответния месец в приложение № 2, т.е. възложителят се задължава да изплаща на изпълнителя *само извършената и отчетена дейност* в рамките на стойностите, посочени в приложение № 2. Договорено е включително, че дори изпълнителят за дадено тримесечие да е отчетел по-ниска стойност от тази по Приложение № 2, разликата не може да се начислява за следващите тримесечия (чл.40, ал. 4). Тези клаузи въвеждат ограничения, каквито законодателят не е предвидил и следва да се считат за нищожни, на основание чл. 26, ал. 1, предл. 1 ЗЗД като противоречащи на императивни правни норми – чл. 4, ал. 1, чл. 55, ал. 3, т. 2, 5 и 6 ЗЗО (редакция преди изм. с ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.) и чл. 35, т. 1 (редакция преди изм. с ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.) във връзка с чл. 26, ал. 2 и чл. 25 ЗЗО. (Решение № 169 от 16.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 1916/2019 г., II т. о.).

Не се спори, че ищецът е извършил дейности, изискващи финансиране в размер по-голям от договорения, но те са осъществени при зачитане правата на здравноосигурените лица, които са потърсили лечение при него в съответния период, още повече, че се касае за действителни разходи за извършване на медицинска дейност по клинични пътеки, по които са обслужени здравноосигурени пациенти. Не се въвеждат възражения за нарушения в алгоритъма на клиничните пътеки, като от предствените документи, може да се направи извод, че медицинска помощ е изпълнена. Налага се изводът, че ищецът надлежно е изпълнил задълженията си по индивидуалния договор да окаже медицинска помощ на здравноосигурени лица, работата му е отчетена чрез съответната документация, липсват твърдения в отговора за некачествено изпълнение или такова в отклонение от медицинските стандарти, поради което не са налице основания за отказване плащането на търсената сума, отразяваща стойност на оказаната болнична помощ за конкретния период.

Когато здравноосигурени лица са избрали за лечение конкретното болнично заведение и като резултат на упражненото от тях право на избор, безусловно признато им и гарантирано от Конституцията и ЗЗО, изпълнителят е извършил реално дейностите, последните, дори и да надхвърлят определените с индивидуалния договор и Приложение № 2 към него лимити не сочат на виновно договорно неизпълнение от негова страна, което да освобождава възложителя от договорната му отговорност за насрещната престация.

Неоснователно е възражението за изтекла 3-годишна погасителна давност.



Вземането на ищеца за надлимитна дейност не притежава правната характеристика на периодично плащане, според разясненията в Тълкувателно решение № 3 от 18.05.2012 г., по т. д. № 3/2011 г. на ОСГТК на ВКС. Извършената от изпълнителя надлимитна дейност има случаен характер, тъй като с процесния индивидуален договор между страните не е уговорено изрично задължение на изпълнителя да осъществява такава през определен период от време, нито е уговорено, че плащането ѝ ще се осъществява ежемесечно. Извършването ѝ зависи изцяло то избора на здравноосигурените лица, които не са страни по правоотношението между лечебното заведение и НЗОК. (Решение № 152 от 2.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 385/2020 г., II т. о., ТК)

Не е изтекла и предвидената в закона 5-годишна давност по чл. 110 ЗЗД. Претенцията е за незаплатени клинични пътеки през периода месец август 2015г. Исковата молба е постъпила в съда на 31.08.2020г., а изискуемостта на задължението не би могла да настъпи преди 30.09.2015 г., когато изтича срокът за плащане по месечния период съгласно самия договор.

Предвид горно предявеният главен иск е основателен и следва да бъде уважен в пълен размер.

Относно иска по чл. 86 ЗЗД:

В чл. 35 от договора е уговорено, че плащанията се извършват в срок до 30-о число на месеца, следващ отчетния. Дори да се приеме тезата на ответника, че клаузата е относима единствено към стойностите уговорени в Приложение № 2 към договора, за които предварително е осигурен бюджет, ответникът дължи обезщетение за забава по общите правила на ЗЗД- чл. 84. След като денят за изпълнение на задължението не е определен, длъжникът изпада в забава след поканата му от кредитора. В случая, такава е отправена още на 24.09.2015г., видно от представеното на лист 79 писмо, която е получено от ответника на същата дата. Претендираното обезщетение е за периода от 31.08.2017 г., който се явява след приключване на бюджетната 2015г. година, поради което съдът намира, че ответникът е изпаднал в забава и дължи обезщетение. Същото е дължимо за периода от 31.08.2017г.- три години преди подаването на исковата молба. За периода до 30.08.2020г., обезщетението се равнява на 5820.83 лева, съгласно приложената и неоспорена справка.

По разноските:

На основание чл. 78, ал. 1 ГПК в полза на ищеца следва да бъдат присъдени направените разноски в размер на 997.55 за д.т., 250 лева за СТЕ и 1278 лева за адв. възнаграждение.

Така мотивиран, съдът

**РЕШИ:**

**ОСЪЖДА** Национална здравноосигурителна каса, гр. София, ул. „Кричим” № 1, БУЛСТАТ 121858220, **да заплати на** „МБАЛ Тримонциум“ ООД, ЕИК 200213096, със седалище и адрес на управление: гр. Пловдив, бул. „Цар Борис III Обединител“ № 126, **сумата от 19 118.00 лева**- главница, представляваща неплатена сума за болнична медицинска помощ по 41 клинични пътеки за месец август 2015 г., съгласно месечна спецификация за отхвърлени случай, по сключения между страните договор от 19.02.2015 г., изменен с допълнителни споразумения; **сумата от 5820.83 лева**- обезщетение за забава за периода 31.08.2017 г.– 30.08.2020 г.; **ведно със законната лихва** върху главницата от постъпване на исковата молба в съда- 31.08.2020 г. до окончателното погасяване, **както и сумата от 2525.55 лева** разноси по делото.

Решението подлежи на обжалване пред Окръжен съд- Пловдив в двуседмичен срок от връчването му на страните.

**Съдия при Районен съд – Пловдив:** \_\_\_\_\_/п/\_\_\_\_\_