



ТЕРИТОРИАЛНА ДИРЕКЦИЯ ГР.

ЕИК по БУЛСТАТ	1	3	1	0	6	3	1	8	8				
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Вх. №
От.....200.....г.

З А Я В Л Е Н И Е
по чл. 40а, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване

От

(име/наименование на задълженото лице)

ЕГН / ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЕИК по БУЛСТАТ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес за
кореспонденция

.....

Представявано от

(трите имена на представителя/пълномощника)

Заявявам, че считано отг. напускам страната и ще пребивавам повече от 183 дни в чужбина през календарнатаг.,г.,

Известно ми е, че дължа здравноосигурителни вноски за календарната година, през която пребивавам по-малко от 183 дни в чужбина.

Заявявам, че ще Ви уведомя при постоянното ми завръщане в Република България и ще представя доказателства за периода през които съм пребивавал извън страната.

Известно ми е, че за неверни данни нося отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Гр.....

.....г.

/...../

(дата)

подпис

"Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Националната агенция за приходите. Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите, в качеството ѝ на администратор на лични данни, можете да намерите на интернет адрес: www.nar.bg и на информационните табла в териториалните дирекции.

Адрес на Централното управление на Националната агенция за приходите: гр. София, бул. "Дондуков" № 52."