



Попълва се от приходната администрация	
ТД на НАП	гр. _____
Входящ номер и дата	
Име, фамилия и подпис на длъжностното лице, приело декларацията	

ДО
ДИРЕКТОРА НА
ТЕРИТОРИАЛНА ДИРЕКЦИЯ
НА НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ
ЗА ПРИХОДИТЕ

ГР. _____

ДЕКЛАРАЦИЯ

образец № 7

"Данни за възникване на задължение за внасяне на здравноосигурителни вноски и за избрания осигурителен доход на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване"

Подписаният/та _____
(име, презиме и фамилия)

ЕГН / ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП _____
(ненужното се зачертава)

Постоянен адрес

Област _____ Община _____

Населено място (гр./с.) _____ пощенски код _____

Улица _____ № _____ ж. к. _____

бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ тел. _____

Адрес за кореспонденция:

Адресът за кореспонденция съвпада с постоянния адрес _____
(отбележете, ако адресът за кореспонденция съвпада с постоянния Ви адрес и не попълвайте данните отново)

Област _____ Община _____

Населено място (гр./с.) _____ пощенски код _____

Улица _____ № _____ ж. к. _____

бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ тел. _____

За контакт тел. _____ факс _____ e-mail _____

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Началната дата от периода, за който възниква задължението ми за внасяне на вноски

на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване е _____
ден месец година

2. Внасям осигурителни вноски върху:

минималния осигурителен доход, върху който се дължат вноски на основание чл. 40, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване

осигурителен доход над минималния, върху който се дължат вноски на основание чл. 40, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване в размер на:

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

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

Дата: _____

Декларатор: _____