



Вх.№...../.....

До ТД

З А Я В Л Е Н И Е

По чл. 2а от Наредба Н-8 от 2005 г. за съдържанието, сроковете, начина и реда за подаване и съхранение на данни от работодателите, осигурителите за осигурените при тях лица, както и от самоосигуряващите се лица

От

(име/наименование на задълженото лице)

ЕГН / ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП

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

ЕИК по БУЛСТАТ

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

Адрес за

кореспонденция

.....

Адрес по чл.8 от ДОПК

.....

Представявано от

.....

(трите имена на представителя/пълномощника)

Заявявам, че:

Желая да погася задълженията си за осигурителни вноски за държавно обществено осигуряване по реда на чл. 7, ал. 5 от Кодекса за социално осигуряване и/или здравноосигурителни вноски по чл. 41, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване както следва:

	Държавно обществено осигуряване	Здравно осигуряване	за периода	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ОТ	ДО
			<i>(месец, година)</i>	<i>(месец, година)</i>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ОТ	ДО
			<i>(месец, година)</i>	<i>(месец, година)</i>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ОТ	ДО
			<i>(месец, година)</i>	<i>(месец, година)</i>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ОТ	ДО
			<i>(месец, година)</i>	<i>(месец, година)</i>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ОТ	ДО
			<i>(месец, година)</i>	<i>(месец, година)</i>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ОТ	ДО
			<i>(месец, година)</i>	<i>(месец, година)</i>

Желая да погася задължението си в размер на 12 здравноосигурителни вноски, декларирани с декларация вх.№/.....г. по реда на чл.40а, ал.4 от Закона за здравното осигуряване.

дата:

ПОДПИС: