Приложение № 7
към чл. 2, ал. 8

ОТГОВОРНИ ДНЕС. СИГУРНИ ЗА УТРЕ.

НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ

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

ДО

.....

Д Е К Л А Р А Ц И Я

образец № 9

"Данни за възстановяване на здравноосигурителни права на основание чл. 40а, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване"

Подписаният/та _____

(име, презиме и фамилия)

ЕГН /ЛН 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** _____ **ел. адрес** _____

Д Е К Л А Р И Р А М:

Възстановявам здравноосигурителните си права по реда на чл. 40а, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване.

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

Дата: _____ **Декларатор:** _____

Данни за упълномощеното лице или за законния представител

Попълва се само ако декларацията се подава от упълномощено лице или от законен представител на поставено под запрещение физическо лице

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

_____

(име, презиме и фамилия)

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** _____ **ел. адрес** _____

Дата: _____ **Декларатор:** _____

подпис

Национална агенция за приходите обработва и защитава личните Ви данни. съобразно изискванията на Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД) и Регламент (ЕС.) 2016 679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г.

Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите, в качеството ѝ на администратор на лични данни, можете да намерите в „Политика по защита на личните данни в Националната агенция за приходите", публикувана на интернет адрес: www.nap.bg или да се свържете с нас на имейл адреса на Информационния център на НАП: infocenter@nra.bg и телефон 0700 18 700.

Забележка: Съгласно чл. 40а, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване здравноосигурителните права на българските граждани, които са длъжни да осигуряват себе си и пребивават в чужбина повече от 183 дни през една календарна година, след завръщането им в страната могат да се възстановят след еднократно заплащане на сума в размер на 12 здравноосигурителни вноски, определени по реда на чл. 29, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване, върху минималния месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване към момента на внасянето на вноските.