



Вх. № .....  
От.....20.....г.

**ДЕКЛАРАЦИЯ**  
**по чл.40в от Закона за здравното осигуряване**

От .....

(име наименование на задълженото лице)

ЕГН

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

Адрес за  
кореспонденция

.....

Представявано от

(трите имена на представителя-пълномощника)

Декларирам, че през календарната .....г.

.....г.

.....г.

.....г.

.....г.

.....г.

не дължа здравноосигурителни вноски, тъй като съм български гражданин, който е гражданин и на друга държава и съм живял в чужбина повече от 183 дни през горепосочената/ите календарна/и година/и.

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

.....г.

/...../

(дата)

ПОДПИС

*Когато документите се подават от упълномощено лице се прилага акта за упълномощаване-пълномощиен др.*

*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.nap.bg](http://www.nap.bg) и на информационните табла в териториалните структури на НАП.*