

Приложение № 7 към чл. 2, ал. 3

(Ново - ДВ, бр. 1 от 2010 г., в сила от 01.01.2007 г.; изм., бр. 103 от 2012 г., в сила от 01.01.2013 г.)

Приложение № 7 към чл. 2, ал. 3									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Попълва се от приходната администрация</i></td></tr><tr><td style="width: 70%;"><i>ТД на НАП</i></td><td style="width: 30%;"><i>до</i></td></tr><tr><td><i>Входящ номер и дата</i></td><td></td></tr><tr><td><i>Име, фамилия и подпис на длъжностното лице, приело декларацията</i></td><td></td></tr></table>	<i>Попълва се от приходната администрация</i>		<i>ТД на НАП</i>	<i>до</i>	<i>Входящ номер и дата</i>		<i>Име, фамилия и подпис на длъжностното лице, приело декларацията</i>		<p>ДО ДИРЕКТОРА НА ТЕРИТОРИАЛНА ДИРЕКЦИЯ НА НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ ГР. _____</p>
<i>Попълва се от приходната администрация</i>									
<i>ТД на НАП</i>	<i>до</i>								
<i>Входящ номер и дата</i>									
<i>Име, фамилия и подпис на длъжностното лице, приело декларацията</i>									
<h3>ДЕКЛАРАЦИЯ</h3> <p>образец № 7</p> <p>"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"</p>									
Подписаният/та _____ <small>(име, презиме и фамилия)</small>									
ЕГН / ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП _____ <small>(ненужното се зачертава)</small>									
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 <input type="checkbox"/>									
<small>(отбележете, ако адресът за кореспонденция съвпада с постоянния Ви адрес и не попълвайте данните отново)</small>									
Област _____	Община _____								
Населено място (гр./с.) _____	пощенски код _____								
Улица _____ № _____ ж. к. _____									
бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ тел. _____									
За контакт тел. _____	факс _____ e-mail _____								
<h3>ДЕКЛАРИРАМ:</h3>									
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 _____ <small>ден месец година</small>									
2. Внасям осигурителни вноски върху:									
<input type="checkbox"/> минималния осигурителен доход, върху който се дължат вноски на основание чл. 40, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване									
<input type="checkbox"/> 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: _____								

