



НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ

Попълва се от приходната администрация	
ТД на НАП	ар.
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 № 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 / 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:

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: _____

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.nar.bg или да се свържете с нас на имейл адреса на Информационния център на НАП: infocenter@nra.bg и телефон 0700 18 700.

Указания за попълване на Декларация обр. № 7

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

Декларация обр. № 7 се подава в компетентната териториална дирекция на Националната агенция за приходите от самоосигуряващите се лица, които имат задължение да внасят здравноосигурителни вноски на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване.

Декларацията се подава до 25-о число на месеца, следващ месеца, през който е възникнало задължението за осигуряване на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване.

В декларацията се попълват:

1. Имената по документ за самоличност;
2. Единният граждански номер /ЕГН/ на осигуреното лице, а за чуждестранните граждани се попълва съответно личен номер /ЛН/, личен номер на чужденец /ЛНЧ/ или служебен номер, издаден от НАП за лицата, които нямат ЕГН, ЛН или ЛНЧ;
3. Началната дата от периода, за който възниква задължението за внасяне на вноски на основание чл. 40, ал. 5, т.1 от Закона за здравното осигуряване;
4. Осигурителния доход, върху който се внасят осигурителни вноски на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване.