

Попълва се от приходната администрация	
ТД на НАП	ер. <input type="text"/>
Входящ № и дата	<input type="text"/>
Име, фамилия и подпис на длъжностното лице, приело декларацията	<input type="text"/>

ДО  
ДИРЕКТОРА НА  
ТЕРИТОРИАЛНА ДИРЕКЦИЯ  
НА НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ  
ПО ПРИХОДИТЕ  
ГР. \_\_\_\_\_

## ДЕКЛАРАЦИЯ

образец № 7

"Данни за възникване на задължение за внасяне на здравноосигурителни вноски  
на основание [чл. 40, ал. 5, т. 1](#) от Закона за здравното осигуряване"

Подписаният/та \_\_\_\_\_

(име, презиме и фамилия)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(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 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## ДЕКЛАРИРАМ,

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ден месец година

Декларацията се попълва на основание [чл. 40, ал. 5, т. 2](#) от Закона за здравното осигуряване и [чл. 2, ал. 3](#) от Наредба № Н-8 от 29 декември 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.

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

Дата: \_\_\_\_\_

Декларатор: \_\_\_\_\_

"Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информацията и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Националната агенция

## Данни за упълномощеното лице или за законния представител

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

(име, презиме и фамилия)

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

(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 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Декларатор: \_\_\_\_\_

подпис

## Указания за попълване на Декларация обр. № 7

"Данни за възникване на задължение за внасяне на здравноосигурителни вноски на основание [чл. 40, ал. 5, т. 1](#) от Закона за здравното осигуряване"

Декларация обр. № 7 се подава в компетентната териториална дирекция на Националната агенция за 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 края на месеца, следващ месеца, за който възниква задължението за внасяне на вноски на основание [чл. 40, ал. 5, т. 1](#) от Закона за здравното осигуряване.

Самоосигуряващите се лица, които към 31.12.2009 г. подлежат на осигуряване по реда на [чл. 40, ал. 5](#) от Закона за здравното осигуряване, подават Декларация обр. № 7 в срок до 14.02.2010 г.

В декларацията се попълват:

1. Имената по документ за самоличност;
2. Единният граждански номер /ЕГН/ на осигуреното лице, а за чуждестранните граждани се попълва личният номер на чужденец /ЛНЧ/ или служебен номер, издаден от НАП за лицата, които нямат ЕГН 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.