

Д Е К Л А Р А Ц И Я

за здравно осигуряване на учащите се във висшите училища
съгласно чл.40, ал.3, т.2 и 3 от Закона за здравното осигуряване

Долуподписаният /ата/ _____

учащ ___ в Медицински университет – Варна, курс _____

специалност _____ група _____ фак. № _____

живущ /а/ в гр. Варна, жк./ул. _____

№ _____, бл. _____, вх. _____, ап. _____

ЕГН/ЛНЧ _____, лична карта № _____,

дата на издаване _____ от МВР _____

Д Е К Л А Р И Р А М:

1. Доходи от трудова дейност (отбележете вярното)

получавам не получавам

2. Наследствена пенсия (отбележете вярното)

получавам не получавам

3. Други доходи, върху които се дължат здравно осигурителни вноски по реда на чл. 40, ал. 1 от ЗЗО (отбележете вярното)

получавам не получавам

Задължавам се да попълня нова декларация при промяна на декларираните обстоятелства.

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от НК.

Дата: _____

ДЛЪЖНОСТНО ЛИЦЕ:

ДЕКЛАРАТОР: