Приложение № 7 към чл. 2, ал. 6

Попълва се от приходната администрация	
ТД на НАП	*гр.*
Входящ номер и дата	
Име, фамилия и подпис на длъжностното лице, приело декларацията	

ДО
ДИРЕКТОРА НА
ТЕРИТОРИАЛНА ДИРЕКЦИЯ
НА НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ
ЗА ПРИХОДИТЕ
ГР. _____

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 / 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** _____ ***e-mail*** _____

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:** _____

"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 й на администратор на лични данни, можете да намерите на интернет адрес: www.nap.bg и на информационните табла в териториалните дирекции.
Адрес на Централното управление на Националната агенция за приходите: гр. София, бул. "Дондуков" № 52."

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 / 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** _____ ***e-mail*** _____

Дата: _____ **Декларатор:** _____
подпис

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 н 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 з 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 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, а. 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