**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**

# **ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за здравно осигуряване на учащите се вьв висшите училища съгласно чл. 40, ал. З, т. 2 и З от Закона за здравно осигуряване**

Подписаният(ата)………………………………………………………………………………

(име, презиме, фамилия)

Учащ в МУ — ПЛЕВЕН, факултет……………………………………………………………

Специалност………………………………………… курс……... фак. №….........…………..

Адрес по лична карта гр.(с)…………………….…. жк(ул)……….…..………..……………

ЕГН(ЛНЧ)………………….… № на личната карта………………………… издадена на

……………………. от РПУ на МВР…………………. дата на раждане…………………..

**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. Получавам / не получавам доходи от трудова дейност.

**(излишното се зачертава)**

1. Получавам / не получавам наследствена/инвалидна пенсия.

**(излишното се зачертава)**

З. Получавам / не получавам други доходи, върху които се дължат

**(излишното се зачертава)**

здравноосигурителни вноски по реда на чл. 40, ал. 1 от ЗЗО (за лица, регистрирани като самоосигуряващи се, земеделски и тютюнопроизводители).

**ЗАДЪЛЖАВАМ СЕ ДА попълня НОВА ДЕКЛАРАЦИЯ ПРИ ПРОМЯНА НА**

**ДЕКЛАРИРАНИТЕ ОБСТОЯТЕЛСТВА**

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

Дата: ДЕКЛАРАТОР: