**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**

# **ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за здравно осигуряване на учащите се вьв висшите училища съгласно чл. 40, ал. З, т. 2 и 3 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…………………..

**Д Е К Л А Р И Р А М:**

1. Доходи от трудова дейност (отбележете вярното)

получавам не получавам

2. Наследствена/инвалидна пенсия (отбележете вярното)

получавам не получавам

1. Други доходи, върху които се дължат здравно осигурителни вноски по реда на чл. 40, ал. 1 от ЗЗО – лица, регистрирани като самоосигуряващи се, земеделски и тютюнопроизводители; (отбележете вярното)

получавам не получавам

* Известно ми е, че при записването ми в първи курс, здравното осигуряване започва от началото на учебната година
* Задължавам се всеки месец да проверявам здравноосигурителния си статус и при установяване на пропуски да информирам незабавно експерт от Учебен отдел
* **Задължавам се да попълня нова декларация в началото на всяка учебна година и при промяна на декларираните обстоятелства**

Дата: ДЕКЛАРАТОР: