|  |  |
| --- | --- |
|  | **НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ** |

Вх.№.........../.................  **До**

**ТД ………….**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**по чл. 3 от наредбата**

|  |
| --- |
|  От ................................................................................................................................................*(име/наименование на задълженото лицето)* |
| ЕГН / ЛН, ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| ЕИК по БУЛСТАТ/ ЕИК по ЗТРРЮЛНЦ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Адрес за кореспонденция |  .......................................................................................................................... |
| Адрес по чл.8 от ДОПК | ............................................................................................................................ |
| Представлявано от | ............................................................................................................................*(трите имена на представителя/пълномощника)* |

**Заявявам, че:**

Желая да погася задълженията си за осигурителни вноски за държавно обществено осигуряване по реда на чл. 7, ал. 5 от Кодекса за социално осигуряване и/или здравноосигурителни вноски по чл. 41, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване както следва:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Държавно обществено осигуряване** | **Здравно осигуряване** | **за периода** |
| 1 |  |  | от …………………..***(месец, година)*** | до …………………..***(месец, година)*** |
| 2 |  |  | от …………………..***(месец, година)*** | до …………………..***(месец, година)*** |
| 3 |  |  | от …………………..***(месец, година)*** | до …………………..***(месец, година)*** |
| 4 |  |  | от …………………..***(месец, година)*** | до …………………..***(месец, година)*** |
| 5 |  |  | от …………………..***(месец, година)*** | до …………………..***(месец, година)*** |
| 6 |  |  | от …………………..***(месец, година)*** | до …………………..***(месец, година)*** |

Желая да погася задължението си в размер на 12 здравноосигурителни вноски, декларирано с декларация вх.№ …………../………..г. по реда на чл.40а, ал.4 от ЗЗО.

дата:............................ подпис:............................

*Национална агенция за приходите обработва и защитава личните Ви данни, съобразно изискванията на Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД)**и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г.*

*Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите, в качеството й на администратор на лични данни, можете да намерите в „Политика по защита на личните данни в Националната агенция за приходите“, публикувана на интернет адрес:* [*www.nap.bg*](http://www.nap.bg) *или да се свържете с нас на имейл адреса на Информационния център на НАП:* *infocenter@nra.bg* *и телефон:* [*0700 18 700*](http://www.nra.bg/page?id=178)*.“*