
ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

**ПРИТУРКА КЪМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА
КНИЖКА И ДЕКЛАРАЦИИ**

ДЕКЛАРАЦИЯ по чл.86, ал.4 от НРД за денталните дейности за 2020-22 г.

ОТ.....
(име, презиме, фамилия)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН:

в качеството на: здравноосигурено лице; родител на малолетно/непълнолетно лице;
настойник, попечител
(подчертава се съответното качество)

на
(име на малолетното/непълнолетно лице; лицето под настойничество/попечителство)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН:

Декларирам, че здравноосигурителните ми права не са прекъснати и разполагам само с една здравноосигурителна книжка с №
(попълва се от здравноосигурено лице)

Декларирам, че лицето е с непрекъснати здравноосигурителните права и разполага само с една здравноосигурителна книжка с №.....
(попълва се от родител на малолетното/непълнолетно лице; настойник; попечител)

За предоставяне на невалидна здравноосигурителна книжка и представяне на неверни данни ЗОЛ носи отговорност съгласно законодателството на Р България.

Подпис на здравноосигурено лице:

Подпис:

(родител на малолетно / непълнолетно лице; настойник; попечител)

Дата:

гр.

Настоящата декларацията се изготвя в 2 екземпляра – един за лекаря по дентална медицина и един за здравноосигуреното лице.

ДЕКЛАРАЦИЯ по чл.86, ал.5 от НРД за денталните дейности за 2020-22г.

от.....
(име, презиме, фамилия)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН:

в качеството на: здравноосигурено лице; родител на малолетно/непълнолетно лице;
настойник, попечител
(подчертава се съответното качество)

адрес:.....

телефон:.....

на
(име на малолетното/непълнолетно лице; лицето под настойничество/попечителство)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН:

адрес:.....

телефон:.....

Декларирам, че на дата ми е поставена от д-р
горна и/или долна цяла плакова зъбна протеза.
(попълва се от здравноосигурено лице, вярното се подчертава)

Декларирам, че на лицето е
поставена от д-ргорна и/или долна цяла плакова зъбна
протеза на дата
(попълва се от родител на малолетно / непълнолетно лице , настойник; попечител, вярното се подчертава)

Информиран съм, че цената на денталната услуга не включва материала за протезата
и медико-техническата дейност за изработката ѝ.

За представяне на неверни данни ЗОЛ носи отговорност съгласно законодателството
на Р България.

Подпис на здравноосигурено лице:

Подпис:

(родител на малолетно / непълнолетно лице , настойник; попечител)

Дата:

гр.

Настоящата декларацията се изготвя в 2 екземпляра – един за лекаря по дентална медицина и един за здравноосигуреното лице.

**За Националната здравно-осигурителна каса:
Председател на НС на НЗОК:
Жени Начева**

**Членове на Надзорния съвет на НЗОК:
д-р Бойко Пенков**

Галя Димитрова

Росица Велкова

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Григор Димитров

Оля Василева

Андрей Дамянов

**Управител на НЗОК:
Д-р Дечо Дечев**

За Българския зъболекарски съюз:

**Председател на УС на БЗС:
д-р Николай Шарков**

**Зам. - председател на УС на БЗС и
председател на КРД на БЗС:
д-р Георги Димов**

**Членове на УС на БЗС:
д-р Борислав Миланов**

д-р Светослав Гачев

д-р Донка Станчева - Забуртова

д-р Валентин Павлов

д-р Тодор Кукуванов

д-р Бисер Ботев

д-р Трифон Антонов

**Съгласувал:
Министър на здравеопазването
Кирил Ананиев**