

---

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 5**

---

**ПРИТУРКА КЪМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА  
КНИЖКА И ДЕКЛАРАЦИИ**





**ДЕКЛАРАЦИЯ по чл.86, ал.4 от НРД за денталните дейности за 2018 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 2018 г.**

ОТ.....  
(име, презиме, фамилия)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН: .....

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

адрес:.....

телефон:.....

на .....  
(име на 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-р .....горна и/или долна цяла плакова зъбна  
протеза на дата .....  
(попълва се от 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: .....  
(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**

**За Българския зъболекарски съюз:**

**Зам. - председател на УС на БЗС и председател на КРД на БЗС:**  
**Д-р Георги Димов**  
**Председател на УС на БЗС:**  
**Д-р Николай Шарков**

**Членове на Надзорния съвет на НЗОК:**

**Д-р Бойко Пенков**  
**Галя Димитрова**  
**Росица Велкова**  
**Теодор Василев**  
**Боян Бойчев**  
**Оля Василева**  
**Андрей Дамянов**

**Д-р Светослав Гачев**  
**Д-р Донка Станчева - Забуртова**  
**Д-р Бисер Ботев**  
**Д-р Борислав Миланов**  
**Д-р Валентин Павлов**  
**Д-р Нелия Михайлова**  
**Д-р Тодор Кукуванов**

**За Управител на НЗОК:**

**Подуправител на НЗОК:**  
**Д-р Йорданка Пенкова**

**Съгласувал:**  
**Министър на здравеопазването:**  
**Кирил Ананиев**