

ДО
ДИРЕКТОРА НА
СТОЛИЧНО УПРАВЛЕНИЕ
"СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ"
гр.

МОЛБА

От

ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

постоянен адрес гр. /с./ п. к.

--	--	--	--

ул. № , тел.

Вид осигурен БУЛСТАТ

(при осигуряване по БУЛСТАТ)

ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,

Моля да бъде разсрочено задължението ми за невнесени
здравноосигурителни вноски за мен и/или за неосигурени членове на
семейството ми за периода до 31.12.2003 г.

Задължението ще погася в срок до / / 2004 г.

За периода до 31.12.2002 г. осигурявам следните неосигурени членове
на семейството: (попълва се само когато се осигуряват и/или неосигурени членове на семейството)

1. Име

ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Име

ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Име

ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Декларирам следния месечен размер на осигурителния доход, от който
да бъдат определени задълженията ми:

2000 г. лв.

2001 г. лв.

2002 г. лв.

2003 г. лв.

(попълва се само от самоосигуряващи се лица, извършили годишно изравняване на осигурителния доход
според данните от данъчната декларация или избрали за осигуряване размер на осигурителен доход,
от минималния размер за съответния период)

Приложение:

Дата

гр. (с.)

С уважение:

(подпис)