

,

,

, , - , - ,
, ,
: - .
, .

/ DECLARATION

BG

()
(),

EN

NON USAGE BY HEALTH INSURED PERSONS OF RIGHTS OF URGENT AND NECESSARY CARE FROM THE NHIF PACKAGE AGAINST SUBMITTED EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD (EHIC) OR A PROVISIONAL CERTIFICATE FOR REPLACEMENT OF EHIC OR BILINGUAL FORM

FR

CONCERNAT L'UTILISATION PAR LES PERSONNES ASSUREES DES DROITS DE PRESTATIONS EN NATURE IMMEDIATEMENT NECESSAIRES ET NECESSAIRES QUI FONT PARTIE DU PAQUET DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE, CONTRE LA PRESENTATION D'UNE CARTE EUROPEENNE D'ASSURANCE MALADIE (CEAM) ET D'UNE CERTIFICAT DE REMPLACEMENT PROVISOIRE DE LA CEAM OU SOUS FORME BILINGUE

DE

ERKLÄRUNG DES IM EG/EWR-AUSLAND VERSICHERTEN PATIENTEN BEI INANSPRUCHNAHME VON SACHLEISTUNGEN WÄHREND EINES VORÜBERGEHENDEN AUFENTHALTS IN BULGARIEN ODER ZWEISPRACHING FORM

BG: To be filled in by the insured person / EN: To be filled in by the insured person / FR: A remplir par la personne assurée / DE: Wird vom Versicherten ausgefüllt	BG				
	EN	The undersigned			
	FR	Je soussigné			
	DE	Der Patient			
			BG: / EN: Patient's names/ FR: Nom et prénom du patient/ DE: Name, Vorname, Familie		
	BG	/			
		//			
	EN	bearer of EHIC/CPR or bilingual form, issued by			
	FR	avec CEAM/CPR ou sous forme bilingue, délivré par			
	DE	mit EHIC/CPR oder zweisprachig form, ausgestellt von			
			BG: - / EN: Insuring institution/ FR: Institution d'assurance/ DE: Versicherungskasse		
	BG				
	EN	Declare, that the envisaged stay on the Republic of Bulgaria territory since :			BG: /EN: date/FR: date/DE: datum
	FR	Je soussigné déclare que mon séjour planifié sur le territoire de la République de Bulgarie sera du date:			
	DE	Ich bestaetige, dass mein Aufenthalt in Bulgarien von:			
BG	:				
EN	till (date):			is not for the purpose to medical treatment.	
FR	jusqu'au date:	BG: /EN: date/FR: date/DE:		en n'a pas dans le but de recevoir une prestation médicale.	
DE	bis:	datum		nicht zum Zwecke einer medizinischen Behandlung erfolgt ist.	
BG	:				
EN	Signature:		Date:		
FR	Signature:		Fait le:		
DE	Unterschrift:		Datum:		
BG	:				
EN	Names:				
FR	Nom et prénom:				
DE	Namen:	BG: K		/ EN: When is signed by parent, guardian or trustee of the patient/ FR: Quand la déclaration est signée par un parent ou un tuteur/ DE: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters	

! , / .

1. ; ;
(,)

2. : :

: E
:
:
:



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА
NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND

.....
:....., :....., :.....
.....

—
,

[] []

()

[] []

: []

[]

: [] : [],

: []

: [] : [] ISO []

1. / - /

2. / , ;

- - ,

/ /

,

,

,

,

..... : ()
..... ()

, (

,

www.nhif.bg

)

“

”

“

”

“

”

“

”

,

-

,

:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=bg>