ПРИЛОЖЕНИЕ № 7

ПРИТУРКА КЪМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КНИЖКА И ДЕКЛАРАЦИЯ

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ПРИТУРКА

КЪМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КНИЖКА ЗА ИЗВЪРШЕНИ ДЕНТАЛНИ ДЕЙНОСТИ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Притурка към здравноосигурителна книжка №

Важи за три календарни години от годината на издаване

ЕГН (ЛНЧ) на пациента | РЗОК No. | здравен район

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.).....

Ул.. .....No.....

Ж.к.....бл. ..... вх..... ет. ..... ап. .....

Заверена от РЗОК No. на дата: ден месец година

Длъжностно лице: .....

подпис и печат на РЗОК

ОБЕМ ДЕЙНОСТИ ЗА 2015 ГОДИНА

Регистрационен No. на лечебното заведение	Личен професионален код на лекаря по дентална медицина	Код на зъб	Код дейност
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина :..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		

Здравноосигурените лица до 18 години имат право на дентален преглед и четири лечебни дейности
Здравноосигурените лица над 18 години имат право на дентален преглед и две лечебни дейности

ОБЕМ ДЕЙНОСТИ ЗА 2016 ГОДИНА

Регистрационен No. на лечебното заведение	Личен професионален код на лекаря по дентална медицина	Код на зъб	Код дейност
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		

ОБЕМ ДЕЙНОСТИ ЗА 2017 ГОДИНА

Регистрационен No. на лечебното заведение	Личен професионален код на лекаря по дентална медицина	Код на зъб	Код дейност
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина :..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	Лекар по дентална медицина:..... подпис и печат		
Дата: ден месец година	**Лекар по дентална медицина:** ..... подпис и печат		

ДЕКЛАРАЦИЯ по чл.86, ал.4 от НРД за денталните дейности за 2016 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.