

ДЕКЛАРАЦИЯ

От: _____
(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ _____ л.к. № _____ изд. _____

Постоянен адрес гр. (с.) _____ община _____ обл. _____

ж.к. _____ бул./ул. _____ № _____

бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ телефон: _____

Настоящ адрес гр. (с.) _____ община _____ обл. _____

ж.к. _____ бул./ул. _____ № _____

бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ телефон: _____

По повод подаденото заявление-декларация за изплащане стойността на оказана болнична медицинска помощ за диагностика и лечение, давам изрично писмено съгласие конкретните индивидуализирани данни относно :

- доходите ми;
- социално - осигурителния ми статус ;
- здравно - осигурителния ми статус ;
- притежаваното от мен недвижимо имущество;

да бъдат предоставени на дирекция "Социално подпомагане" град

във връзка с изплащане на стойността на оказана болнична медицинска помощ за диагностика и лечение.

Дата: _____ Град _____

Декларатор: _____