

,

,



**/ DECLARATION**

BG ( )  
( )

EN N 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

FR CONCERNAT L'UTILISATION PAR LES PESONNES ASSUREES DES DROITS DE PRESTATIONS EN NATURE IMMEDIATEMENT NECESSAIRES ET NECESSAIRES QUI FONT PARTIE DU PAQUER DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE, CONTRE LA PRESENTATION D'UNE CARTE EUROPEENNE D'ASSURANCE MALADIE (CEAM) OT D'UNE CERTIFICAT DE REMPLACEMENT PROVISOIRE DE LA CEAM

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

BG: 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, issued by		
	FR	avec CEAM délivré par	.....	
	DE	mit EHIC 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 :	.....	
	FR	Je soussigné déclare que mon séjour planifié sur le territoire de la République de Bulgarie sera du date:	BG: /EN: date/FR:date/DE:datum	
	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: datum	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://www.nhif.bg)

“ ” “ ”

“ ”.

“ ”

,

- , :

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