



Класификация на информацията
Ниво 1 TLP-GREEN

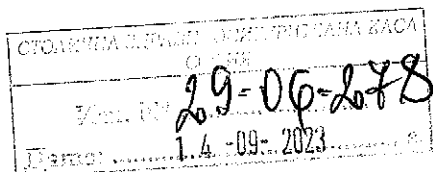
НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА
СТОЛИЧНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1408, ул. "Енос" № 10 Б

www.nhif.bg /sofia@nhif.bg

тел: +359 2 965 6746

факс +359 2 8589504



ДО
ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ –
ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА
ДЕНТАЛНА ПОМОЩ
ГР. СОФИЯ

УВАЖАЕМИ ДОГОВОРНИ ПАРТНЬОРИ,

Може да подавате заявителни документи и по електронен път чрез системата за сигурно електронно връчване. За целта е необходимо да изпратите на адрес: <https://cdelivery.egov.bg> заявителни документи, насочени **само** към получател „СТОЛИЧНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА - ДЕНТАЛНА ПОМОЩ“, в което в полето „ЗАГЛАВИЕ“ да бъде записан **номера на договора на изпълнителя**, а след него да се напише текст „ЗАЯВИТЕЛНИ ДОКУМЕНТИ“ (пример: 220000 ЗАЯВИТЕЛНИ ДОКУМЕНТИ) до 21.09.2023 г. Всички документи и декларации трябва да са разписани с видим електронен подпис. При констатиране на непълнота на представените документи лекарите по дентална медицина имат срок от един работен ден за отстраняването им.

Изискването за подаване на документите на хартиен носител в картонена папка не е задължно.

И.Д. ДИРЕКТОР НА СЗОК:

ЕВА ВОДЕНИЧАРОВА

