

ZMLUVA MEDZI SLOVENSKOU REPUBLIKOU A MACEDÓNSKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ  
ДОГОВОР ПОМЕГУ СЛОВАЧКА РЕПУБЛИКА И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕŽIADOST O POTVRDENIE O NÁROKU NA VECNÉ DÁVKY / БАРАЊЕ НА ПОТВРДА ЗА ПРАВО НА ДАВАЊА ВО НАТУРА <sup>(1)</sup>

Zmluva: článok 11 ods. 1, 5 a 6, článok 12 ods. 2 a 3, článok 20 ods. 1 /

Договор: член 11 став 1,5 и 6, член 12 став 2 и 3, член 20 став 1

Vykonávacia dohoda: článok 6 ods. 2 a článok 11 / Административна спогодба: член 6 став 2 и член 11

## ČASŤ A – ŽIADOSŤ / ДЕЛ А - БАРАЊЕ

1	Príslušná pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska / Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија
1.1	Názov / Назив .....
1.2	Adresa / Адреса <sup>(2)</sup> .....

2	Poistenec / Осигуреник
2.1	Priezvisko / Презиме .....
2.2	Meno / Име .....
2.3	Dátum narodenia / Датум на раѓање .....
2.4	Adresa v krajine bydliska / Адреса во земјата на живеење <sup>(2)</sup> .....
2.5	Osobné identifikačné číslo v Macedónsku (EMBG) / Број за идентификација во Македонија (ЕМБГ) .....
2.6	Назив на носителот кој ја исплаќа пензијата или рентата / Názov inštitúcie, ktorá vypláca dôchodok alebo rentu .....

3	<input type="checkbox"/> Posledný zamestnávateľ/Последен работодавач <input type="checkbox"/> Posledná činnosť ako SZČO/ Последна самостојна дејност
3.1	Názov firmy alebo inštitúcie / Име или назив на фирмата или институцијата .....
3.2	Adresa / Адреса <sup>(2)</sup> .....

4	Rodinní príslušníci / Членови на семејство			
4.1	Priezvisko/Презиме	Meno/Име	Dátum narodenia/ Датум на раѓање	Број за идентификација во Македонија (ЕМБГ)/ Особне идентификаčné číslo v Macedónsku (EMBG)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.2	Adresa v krajine bydliska / Адреса во земјата на живеење <sup>(2)</sup> .....			
	.....			

5 Dňa ..... sme prijali žiadosť od osoby uvedenej v / На ден ..... примивме  
барање од лицето наведено во

bode 2 / точка 2       bode 4 / точка 4      o priznanie / за добивање <sup>(3)</sup>

5.1  nároku na vecné dávky / право на давања во натура

5.2  zachovanie nároku na vecné dávky / задржување на правото на давања во натура

5.3  zaevidovanie ako nositeľ nároku na vecné dávky / заведување (пријавување) како носител на право на давања  
во натура <sup>(3)</sup>

6 Vecné dávky / Давањата во натура       boli priznané / се пружени       nebol priznané / не се пружени <sup>(3)</sup>

7 Žiadame vás , aby ste poslali potvrdenie o nároku na vecné dávky na základe tlačiva RM/SK ..... / Ве  
молиме да ни ја доставите потврдата за право на давања во натура на основа на образецот PM/CK .....

s platnosťou od / со важност од ден ..... do / до ден .....

s platnosťou od / со важност од ден..... <sup>(3)</sup>

8  Lekárska správa / Медицинскиот извештај       je priložená / е приложен       nie je priložená / не е приложен <sup>(3)</sup>

9	Slovenská inštitúcia v mieste pobytu alebo bydliska / Словачка институција во местото на престој или живеење		
9.1	Názov / Назив .....		
9.2	Adresa / Адреса <sup>(2)</sup> .....		
9.3	Identifikačné číslo inštitúcie / Број за идентификација на институцијата .....		
9.4	Pečiatka / Печат	9.5	Dátum / Датум .....
		9.6	Podpis / Потпис .....

### ČASŤ B – ODPOVEĎ / ДЕЛ Б - ОДГОВОР

10	Slovenská inštitúcia v mieste pobytu alebo bydliska / Словачка институција во местото на престој или живеење		
10.1	Názov / Назив .....		
10.2	Adresa / Адреса <sup>(2)</sup> .....		

11	Oznámenie / Известување		
11.1	<input type="checkbox"/> Prikladáme hore uvedené tlačivo. Podľa potreby vráťte jedno v časti B riadne vyplnené a podpísané vyhotovenie. / Бараниот образец е приложен. Ве молиме вратете ни еден потпишан примерок дополнет во делот Б, доколку истото е потребно. <sup>(3)</sup>		
11.2	<input type="checkbox"/> Tlačivo, o ktoré nás žiadate v časti A, nemôžeme vydať z dôvodu: / Не сме во можност да ја издадеме потврдата, односно образецот, побарана во делот А поради: <sup>(3)</sup>		
	.....		
	.....		
	.....		

12	Príslušná pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska / Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија		
12.1	Názov / Назив .....		
12.2	Adresa / Адреса <sup>(2)</sup> .....		
12.3	Pečiatka / Печат .....	12.4	Dátum / Датум.....
		12.5	Podpis / Потпис .....

### УПАТСТВА / ПОУЧЕНИЯ

1. Slovenská inštitúcia v mieste pobytu alebo bydliska vyplní časť A formulára a zašle dve vyhotovenia. príslušnej pobočke Fondu zdravotného poistenia Macedónska. Príslušná pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska vyplní časť B formulára a vráti jedno vyhotovenie slovenskej inštitúcii v mieste pobytu alebo bydliska. / Словачка институција во местото на престој или живеење го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока до надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до словачката институција во местото на престој или живеење.
2. PSČ, mesto, ulica, číslo domu. / Поштенски број, град, улица и број.
3. Zodpovedajúce vyznačiť krížikom. / Потребното да се обележи со крвче.