

ZMLUVA MEDZI SLOVENSKOU REPUBLIKOU A MACEDÓNSKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ
ДОГОВОР ПОМЕЃУ СЛОВАЧКА РЕПУБЛИКА И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ

POTVRDENIE O NÁROKU NA VECNÉ DÁVKY PRE PRACOVNÍKA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE S BYDLISKOM
V MACEDÓNSKEJ REPUBLIKE⁽¹⁾
ПОТВРДА ЗА ПРАВО НА ДАВАЊА ВО НАТУРА НА РАБОТНИК ВРАБОТЕН ВО СЛОВАЧКА РЕПУБЛИКА СО МЕСТО
НА ЖИВЕЕЊЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА⁽¹⁾

Zmluva: článok 11 ods. 5 / Договор: член 11 став 5
Vykonávacía dohoda: článok 6 ods. 1 / Административна спогодба: член 6 став 1

ČASŤ A – OZNÁMENIE / ДЕЛ А - ИЗВЕСТУВАЊЕ

1	Robočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska v mieste bydliska / Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење
1.1	Názov / Назив
1.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾
1.3	Súvislosť: Vaše tlačivo RM/SK 107 zo dňa Врска: Ваш образец РМ/СК/ 107 од ден

2	<input type="checkbox"/> Zamestnanec / Вработено лице <input type="checkbox"/> SZČO / Самовработено лице ⁽³⁾
2.1	Priezvisko / Презиме
2.2	Meno / Име
2.3	Dátum narodenia / Датум на раѓање
2.4	Adresa v Macedónsku / Адреса во Македонија ⁽²⁾
2.5	Osobné identifikačné číslo v Slovenskej republike (OİČ) / Број за идентификација во Словачка (OИЧ)

3	Rodinní príslušníci / Членови на семејство			
3.1	Priezvisko / Презиме	Meno / Име	Dátum narodenia Датум на раѓање	Osobné identifikačné číslo/ Број за идентификација - v SR(OİČ)/во Словачка(OИЧ)

3.2 Adresa v Macedónsku / Адреса во Македонија ⁽²⁾
.....

4. Pracovník uvedený v bode 2 a jeho rodinný(-i) príslušník(-ci) uvedený(-i) v bode 3 majú nárok na vecné dávky pre prípad choroby a materstva. / Работникот наведен во точката 2 и членот/вите на неговото семејство наведен/и во точката 3 има/ат право на давања во натура во случај на болест и мајчинство.

ročníc dňom / почнувајќи од ден až do dňa / заклучно со ден
..... vrátane

do zrušenia na základe tlačiva SK/RM 108 / до престанокот, на основа на образецот CK/ PM 108. ⁽³⁾

5	Slovenská príslušná inštitúcia / Надлежна словачка институција		
5.1	Názov / Назив		
5.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾		
5.3	Identifikačné číslo inštitúcie / Број за идентификација на институцијата		
5.4	Pečiatka / Печат	5.5	Dátum / Датум
		5.6	Podpis / Потпис

ČASŤ B – OZNÁMENIE / ДЕЛ Б - ИЗВЕСТУВАЊЕ

6	Slovenská príslušná inštitúcia / Надлежна словачка институција		
6.1	Názov / Назив		
6.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾		

7	Oznámenie / Известување		
7.1	Pracovník uvedený v bode 2 a jeho rodinný(-i) príslušník(-ci) uvedený(-i) v bode 3 / Работникот наведен во точката 2 и членот/вите на неговото семејство наведен/и во точката 3		
7.2	<input type="checkbox"/> bol(-i) zaregistrovaný(-i) u nás dňa / e/ce пријавен/и кај нас на ден		
7.3	<input type="checkbox"/> nebol(-i) zaregistrovaný(-i) u nás z dôvodu / не e/ce пријавен/и кај нас поради:		

8	Zaregistrovaní rodinní príslušníci osoby uvedenej v bode 2: / Пријавен/и член/ови на семејство на лицето наведено во точката 2:			
8.1	Priezvisko / Презиме	Meno / Име	Dátum narodenia/ Датум на раѓање	Osobné identifikačné číslo/ Број за идентификација - v SR (OIC) / во Словачка (OИЧ)

8.2	Dátum registrácie / Датум на пријавување			

9	Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska v mieste bydliska / Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење		
9.1	Názov / Назив		
9.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾		
9.3	Pečiatka / Печат	9.4	Dátum / Датум
		9.5	Podpis / Потпис

POUČENIA / УПАТСТВА

1. Slovenská príslušná inštitúcia vyplní časť A tlačiva a odovzdá dve vyhotovenia zamestnancovi alebo SZČO alebo ich zašle do pobočky Fondu zdravotného poistenia Macedónska v mieste bydliska, ak sa tlačivo vydáva na jej žiadosť. Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska v mieste bydliska vyplní časť B tlačiva a vráti jedno vyhotovenie slovenskej príslušnej inštitúcii. / Надлежната словачка институција го пополнува делот А од образецот и предава два примерока на вработеното лице, односно на самовработеното лице, или испраќа два примерока до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење, доколку образецот се издава по нејзино барање. Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до надлежната словачка институција.

2. PSČ, mesto, ulica, číslo domu. / Поштенски број, град, улица и број.

3. Zodpovedajúce vyznačiť krížikom. / Потребното да се обележи со крвче.