

ZMLUVA MEDZI SLOVENSKOU REPUBLIKOU A MACEDÓNSKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNO ZABEZPEČENÍ

ДОГОВОР ПОМЕЃУ СЛОВАЧКА РЕПУБЛИКА И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ

POTVRDENIE O NÁROKU NA VECNÉ DÁVKY PRE POBERATEĽA DOCHODKU A/ALEBO JEHO RODINNÝCH
PRÍSLUŠNÍKOV S BYDLISKOM V MACEDÓNSKEJ REPUBLIKE ⁽¹⁾ПОТВРДА ЗА ПРАВО НА ДАВАЊА ВО НАТУРА НА КОРИСНИЦИ НА ПЕНЗИЈА И/ИЛИ НА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВО
СО МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ⁽¹⁾

Zmluva: článok 12 ods. 2 a 3 / **ДОГОВОР:** член 12 став 2 и 3
Vykonávacia dohoda: článok 6 ods. 1 / **Административна спогодба:** член 6 став 1

ČASŤ A - OZNÁMENIE / ДЕЛ А - ИЗВЕСТУВАЊЕ

1	Pobočka 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	Poberateľ dôchodku / Корисник на пензија
2.1	Priezvisko / Презиме
2.2	Meno / Име
2.3	Dátum narodenia / Датум на раѓање.....
2.4	Adresa / Адреса ⁽²⁾
2.5	Osobné identifikačné číslo v Slovenskej republike (OİČ) / Број за идентификација во Словачка (ОИЧ)

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 (ОИЧ)/
				
				
				
				

3.2 Адреса во Македонија / Adresa v Macedónsku ⁽²⁾

4 ☐ Osoba uvedená v bode 2/ Лицето наведено во точка 2 ☐ rodinný(-i) príslušník(-ci) uvedený(-i) v bode 3 /
членот/вите на семејство наведен/и во точка 3 ⁽³⁾

⁽³⁾

- 4.1 ☐ má/majú nárok na vecné dávky pre prípad choroby a materstva od až do dňa
.....vrátane / има/ат право на давања во натура во случај на болест и мајчинство од ден
.....заклучно со ден
- 4.2 ☐ má/majú nárok na vecné dávky do ukončenia nároku na vecné dávky na základe tlačiva SK/RM 108./
до престанокот на правото на давања во натура, на основа на образец SK/PM 108.
- 4.3 ☐ Vystavením tohto potvrdenia končí platnosť tlačiva SK/RMzo dňa.....
Со издавањето на оваа потврда престанува важноста на образецот SK/PM.....од ден

5 Slovenská príslušná inštitúcia / Надлежна словачка надлежна 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

7 Slovenská príslušná inštitúcia / Надлежна словачка институција

- 7.1 Názov / Назив
- 7.2 Adresa / Адреса ⁽²⁾

8 ☐ Osoba uvedená v bode 2 / Лицето наведено во точка 2 ☐ rodinný(-i) príslušník(-ci) uvedený(-i) v bode 3 /
членот/вите на семејство наведен/и во точка 3 / ⁽³⁾
nebola(-i) zaregistrovaná(-i) z dôvodu / не е/се пријавени поради:

8.1 ☐ má/majú nárok na vecné dávky podľa macedónskej legislatívy. / тоа што има/ат право на давања во натура
согласно македонските правни прописи.

8.2 ☐ Iné dôvody / Други причини ⁽³⁾

9	☐ Osoba uvedená v bode 2 / Лицето наведено во точката 2		☐ a jeho nasledovní rodinní príslušníci uvedení v bode 3 boli zaregistrovaní/ и следниве членови на неговото семејство се пријавени ⁽³⁾	
9.1	Priezvisko / Презиме	Meno / Име	Dátum narodenia / Датум на раѓање	Osobné identifikačné číslo / Број за идентификација - v SR (OIC) / во Словачка (OICH)
				
				
				
				
				
				
9.2	Dátum registrácie / Датум на пријавување			

10	Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska v mieste bydliska / Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење			
10.1	Názov / Назив/			
10.2	Adresa / Адреса / ⁽²⁾			
10.3	Pečiatka / Печат	10.4	Dátum / Датум	
		10.5	Podpis / Потпис	
				

POUČENIA / УПАТСТВА

1. Slovenská príslušná inštitúcia vyplní časť A tlačiva a odovzdá dve vyhotovenia poberateľovi dôchodku alebo jeho rodinným príslušníkom 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 корисникот на пензија или на членот/вите на неговото семејство, 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.