

ZMLUVA MEDZI SLOVENSKOU REPUBLIKOU A MACEDÓNSKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ
ДОГОВОР ПОМЕЃУ СЛОВАЧКА РЕПУБЛИКА И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕŽIADOSŤ O INFORMÁCIE/OZNÁMENIE/URGENCIA ⁽¹⁾
БАРАЊЕ ЗА ИНФОРМАЦИЈА/ИЗВЕСТУВАЊЕ/УРГЕНЦИЈА ⁽¹⁾

Vykonávacia dohoda: článok 15 / Административна спогодба: член 15

ČASŤ A – ŽIADOSŤ O INFORMÁCIE / ДЕЛ А – БАРАЊЕ ИНФОРМАЦИИ

1	Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska / Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија
1.1	Názov / Назив
1.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾

2	☐ Zamestnanec/Вработено лице ☐ SZČO/Самовработено лице ☐ Dôchodca/Корисник на пензија ☐ Vyslaná osoba/ Упатен работник ☐ Iná osoba/Друго лице ⁽³⁾
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 / Број за идентификација

3	Rodinní príslušníci / Членови на семејство			
3.1	Priezvisko/Презиме	Meno/Име	Dátum narodenia / Датум на раѓање	Osobné identifikačné číslo/ Број за идентификација
				
				
				
				
3.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾			

4	Žiadosť o informácie / Барање информација ⁽³⁾
☐ Urgencia žiadosti zo dňa/Ургенција на барање од ден Týkajúcej sa osoby uvedenej v bode / За лицето/ата наведено/и во точка ☐ 2 ☐ 3 ☐ zašlite tieto informácie/ доставете ги овие информации Dôvod žiadosti/ Причина за барањето:	
5	Oznámenie o zmene okolností: nastali tieto zmeny / Известување за промена на условите: настанати се следните промени
.....	
6	Rôzne informácie / Разни информации
.....	
7	Slovenská inštitúcia / Словачка институција
7.1	Názov / Назив
7.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾
7.3	Identifikačné číslo inštitúcie / Број за идентификација на институцијата.....
7.4	Pečiatka / Печат
7.5	Dátum / Датум
7.6	Podpis / Потпис

ČASŤ B – ODPOVEĎ / ДЕЛ Б – ОДГОВОР

8.	Slovenská inštitúcia / Словачка институција
8.1	Názov / Назив
8.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾
9	Oznámenie / Известување ⁽³⁾ V nadväznosti na Vašu žiadosť zo dňa / Според вашето барање од ден ☐ Vám zasielame tieto informácie/ Ви ги доставуваме овие информации / ☐ Vám nemôžeme zaslať tieto informácie/ не можеме да Ви ги доставиме овие информации Dôvody/ Причини :
10	Rôzne informácie / Разни информации
11	Potvrdenie o doručení Oznámenia o zmene okolností: nastali tieto zmeny/ Потврда за доставување на Известување за промена на условите: настанати се следните промени ☐ S odvolaním sa na Vaše tlačivo zaslané dňa/Според Вашиот образец доставен на ден potvrdzujeme, že sme dostali informácie uvedené v bode 5/ потврдуваме, дека ги добивме податоците наведени во точка 5.

12	Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska / Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија		
12.1	Názov / Назив		
12.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾		
12.3	Pečiatka / Печат	12.4	Dátum / Датум
		12.5	Podpis / Потпис

POUČENIA / УПАТСТВА

(1) Slovenská inštitúcia vyplní časť A tlačiva a doručí ho v dvoch vyhotoveniach pobočke Fondu zdravotného poistenia Macedónska. Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska vyplní časť B tlačiva a vráti jedno vyhotovenie slovenskej inštitúcii. / Словачката институција го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до словачката институција.

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

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