

**ZMLUVA MEDZI SLOVENSKOU REPUBLIKOU A MACEDÓNSKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ
ДОГОВОР ПОМЕЃУ СЛОВАЧКА РЕПУБЛИКА И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ**
(1)

**SCHVÁLENIE PROTÉZ, POMÔCOK A INÝCH VÝZNAMNÝCH VECNÝCH DÁVOK (1)
ДАВАЊА ЗА ОРТОПЕДСКИ ПОМАГАЛА И ДРУГИ ДАВАЊА ВО НАТУРА ОД ГОЛЕМА ВРЕДНОСТ (1)**

Zmluva: článok 11 ods. 4 a článok 20 ods. 2 / **Договор:** член 11 став 4 и член 20 став 2
Vykonávacia dohoda: článok 6 ods. 4 a článok 11 / **Административна спогодба:** член 6 став 4 и член 11

ČASŤ A – OZNÁMENIE / ДЕЛ А – ИЗВЕСТУВАЊЕ

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 (2)

2.	Poistenec / Осигуреник
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 Macedónsku (EMBG) / Број за идентификација во Македонија (ЕМБГ)

3.	Rodinný príslušník / Член на семејство
3.1	Priezvisko / Презиме
3.2	Meno / Име
3.3	Dátum narodenia / Датум на раѓање
3.4	Adresa v Macedónsku / Адреса во Македонија (2)
3.5	Osobné identifikačné číslo v Macedónsku (EMBG) / Број за идентификација во Македонија (ЕМБГ)

4. Súvislosť / Врска

4.1 Vaše tlačivo RM/SK / Ваш образец PM/CK..... zo dňa / од ден

5. Naša lekárska služba potvrdzuje pre osobu uvedenú v / Нашите медицински служби констатираа, за лицето наведено во

☐ bode 2 / точка 2 ☐ bode 3 / точка 3 ⁽³⁾5.1 ☐ potrebu / неопходност ☐ neodkladnosť / апсолутно итност ⁽³⁾5.2 Na uvedené vecné dávky / На следниве давања во натура
.....
.....5.3 Ktorých / чиј износ ☐ predpokladané náklady / веројатен ☐ stanovené náklady / стварен
predstavujú / изнесува ⁽³⁾ (EUR/€)6. ☐ Lekárska správa je priložená. / Извештајот од лекарската контрола се наоѓа во прилог. ⁽³⁾

7. Dávky uvedené v bode 5.2 / Давањата наведени во точката 5.2

☐ už boli poskytnuté z dôvodu neodkladnosti dňa / веќе беа пружени поради итност на ден
.....☐ * Žiadame Vás, aby ste nám do 10 pracovných dní po prijatí tejto správy oznámili, či súhlasíte so schválením vecných dávok uvedených v bode 5.2. Ak odpoveď nebude received doručená v uvedenej lehote budeme považovať vaše stanovisko za súhlasné. / Ве молиме во рок од 10 работни дена по приемот на ова известување да одговорите дали ги одобрувате давањата во натура наведени во точка 5.2. Доколку не доставите одговор во наведениот рок ќе сметаме дека давањата во натура се одобрени. ⁽³⁾

8. Slovenská inštitúcia v mieste pobytu / Словачка институција во местото на престој

8.1 Názov / Назив
.....8.2 Adresa / Адреса ⁽²⁾
.....
.....8.3 Identifikačné číslo inštitúcie / Број за идентификација на институцијата 8.5 Dátum / Датум
.....8.4 Pečiatka / Печат 8.6 Podpis / Потпис
.....

* Tlačivo môže byť zaslané faxom alebo e-mailom. / Образецот може да се испрати по факс или електронска пошта

ČASŤ B – ODPOVEĎ / ДЕЛ Б - ОДГОВОР

9.	Slovenská inštitúcia v mieste pobytu / Словачка институција во местото на престој	
9.1	Názov / Назив	
9.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾	
10.	Oznamujeme Vám, že vecné dávky v bode 5.2 / Ве информираме дека давањата во натура наведени во точката 5.2 ☐ schvaľujeme / се одобруваат ☐ neschvaľujeme / не се одобруваат ⁽³⁾ Dôvod neschválenia / Причина за неодобрување	
11.	Príslušná pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska / Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија	
11.1	Názov / Назив	
11.2	Adresa / Адреса ⁽²⁾	
11.3	Pečiatka / Печат	11.4 Dátum / Датум
		11.5 Podpis / Потпис

POUČENIA / УПАТСТВА

- (1) Slovenská inštitúcia v mieste pobytu vyplní časť A tlačiva a doručí ho príslušnej pobočke Fondu zdravotného poistenia Macedónska v dvoch vyhotoveniach. Príslušná pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska v prípade žiadosti o schválenie (bod 7) vecných dávok uvedených v bode 5.2 vyplní časť B tlačiva a vráti jedno vyhotovenie slovenskej inštitúcie v mieste pobytu. Ak ide o vecné dávky pre rodinného príslušníka uvádzajú sa aj údaje o poistencovi./ Словачката институција во местото на престој 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, во случај на барање за одобрување, точка 7, на давањата во натура наведени во точка 5.2, го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до словачката институција во местото на престој. Доколку давањето во натура е за член на семејство, се запишуваат и податоците на осигуреникот.

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

SK/RM 114 CK/ PM 114

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