



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
www.fzo.org.mk

Образец БК

БАРАЊЕ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА

ЗА НОСИТЕЛ

ЗА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ - ЧЛЕН НА СЕМЕЈСТВО

ПОДРАЧНА СЛУЖБА

1. Податоци за обврзникот за уплата

По прв пат

Реиздавање

Назив МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО НА РМ

ЕМБС

4 2 1 9 7 6 9

Деловна единица

9 9

ЕДБС

4 0 3 0 9 9 0 2 5 3 8 0 4

2. Податоци за осигуреникот - физичко лице

Националност _____

Двојазичност

ЕМБГ

Име, име на родител/старател и презиме

Име, име на родител и презиме
(LAT за двојазична картичка)

Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат
на картичката

Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на
картичката(LAT)

Контакт телефон

E-mail

3. Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)

Сродство _____

Националност _____

Двојазичност

ЕМБГ

Име, име на родител/старател и презиме

Име, име на родител и презиме
(LAT за двојазична картичка)

Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат
на картичката

Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на
картичката(LAT)

Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)

Сродство _____

Националност _____

Двојазичност

ЕМБГ

Име, име на родител/старател и презиме

Име, име на родител и презиме
(LAT за двојазична картичка)

Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат
на картичката

Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на
картичката(LAT)

Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)

Сродство _____

Националност _____

Двојазичност

ЕМБГ	
Име, име на родител/старател и презиме	
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)	

Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)

Сродство _____

Националност _____

Двојазичност

ЕМБГ	
Име, име на родител/старател и презиме	
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)	

Упатство/Укажување

Врз основа на ова барање се издава картичка за здравствено осигурување како исправа со која се остваруваат правата од задолжителното здравствено осигурување. Заради избегнување на грешки, пополнувањето на овој образец треба да се врши со најголемо внимание особено со внесување на податоците за личните имиња на албански јазик кои треба да бидат внесени на македонски и албански јазик идентично со документите за лична идентификација. Одговорноста за точноста на податоците и за последиците што може да произлезат од погрешно внесени податоци е на овластените лица или на барателот кој го потпишува образецот. Фондот за здравствено осигурување на Македонија не одговара за евентуалните грешки во картичките, вклучувајќи ги и материјалните последици од издавањето на картичката со погрешни податоци, кога податоците се точно превземени од овој образец

СО ПОПОЛНУВАЊЕ НА ОВА БАРАЊЕ СЕ СОГЛАСУВАМ МОИТЕ ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ И ПОДАТОЦИТЕ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА МОЕТО СЕМЕЈСТВО ДА СЕ КОРИСТАТ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ИСТИТЕ ДА СЕ КОРИСТАТ СОГЛАСНО ПРОПИСИТЕ ЗА ЗАКОНОТ ЗА ЗАШТИТА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

1. примерок за ФЗОМ

Датум _____ 20__ год.

м.п.

Барател/Овластено лице
