



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 ФОНД НА ПЕНЗИСКОТО И ИНВАЛИДСКОТО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

ЕМБС

4 0 6 4 5 3 4

Деловна единица

9 9

ЕДБС

4 0 3 0 9 9 2 2 4 2 6 9 9

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)

