



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

Адреса: Македонија бб, 1000 Скопје  
Тел.: 02 3289 000  
Централа.: 02 3289 000  
Факс: 02 3289 048  
Е-пошта: info@fzo.org.mk

## УПАТСТВО ЗА ПОПОЛНУВАЊЕ БАРАЊЕ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА

### БАРАЊЕ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА

Во првиот дел од барањето се избира дали е барањето за здравствената картичка за осигуреник или за осигуреник и за осигурено лице - член на семејство. Во делот за подрачна служба се пишува името на подрачната служба.

БАРАЊЕ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА	
ЗА НОСИТЕЛ <input type="checkbox"/>	ЗА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ - ЧЛЕН НА СЕМЕЈСТВО <input type="checkbox"/>
ПОДРАЧНА СЛУЖБА	

### Податоци за обврзникот за уплата

1. Податоци за обврзникот за уплата		По прв пат <input type="checkbox"/>	Резидавање <input type="checkbox"/>
Назив			
ЕМБС <input type="text"/>	Деловна единица <input type="text"/>	ЕДБС <input type="text"/>	

Во следниот дел се пополнуваат податоците за обврзникот. Ако барањето е по прв пат тогаш се пополнува полето прв пат, ако се работи за повторно издавање на картичка се пополнува полето реиздавање. Сите полиња се задолжителни и мора точно и соодветно да се пополнат:

**НАЗИВ**- во ова поле се пополнува називот на фирмата преку која се остварува правото на осигурување.

**ЕМБС** –се внесува единствениот матичен број на обврзникот за уплата

**ДЕЛОВНА ЕДИНИЦА**- се внесува деловната единица на обврзникот за уплата

**ЕДБС** –се внесува единствениот даночен број на обврзникот за уплата





## Податоци за осигуреното лице(член на семејство)

Овој дел од барањето служи за пополнување на податоци за осигуреното лице(член на семејството ) доколку осигуреникот го има осигурено под него . Се внесуваат следниве полиња кои се задолжителни:

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)	

- СРОДСТВО** Се внесува сродството на членот со осигуреникот
- НАЦИОНАЛНОСТ** –Се внесува националноста на осигуреникот
- ДВОЈАЗНИЧНОСТ** Ова поле се пополнува доколку осигуреникот сака двојазична картичка
- ЕМБГ** Се внесува единствениот матичниот број на осигуреното лице
- ИМЕ,ИМЕ НА РОДИТЕЛ И ПРЕЗИМЕ** Се внесуваат името,името на родител и презимето на осигуреното лице
- ИМЕ,ИМЕ НА РОДИТЕЛ И ПРЕЗИМЕ(LAT за двојазична картичка)** Ако е избрана двојазична картичка тогаш се пополнува ова поле со латинични букви
- ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА ОСИГУРЕНИКОТ ШТО ЌЕ СТОЈАТ НА КАРТИЧКАТА** Се внесуваат името и презимето на осигуреното лице кои ќе стојат на картичката