



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 осигуреникот – физичко лице

Овој дел се однесува на внесување на податоци за осигуреникот. Полето за двојазичност не е задолжително и се внесува доколку осигуреникот сака двојазичност(Напомена:двојазична картичка се добива само на македонски и албански јазик и можат да ја изберат само оние лице кои се по националност Албанци) .Сите полиња освен полето за е-пошта се задолжителни мора да се внесат само точни податоци од лична карта:

2. Податоци за осигуреникот - физичко лице		Националност	Двојазичност
ЕМБГ			<input type="checkbox"/>
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	

-ЕМБГ – Се внесува единствениот матичен број на осигуреникот

-ИМЕ,ИМЕ НА РОДИТЕЛ/СТАРАТЕЛ И ПРЕЗИМЕ- Се внесуваат името,име на родител/старател и презиме на осигуреникот

-ИМЕ ,ИМЕ НА РОДИТЕЛ/СТАРАТЕЛ И ПРЕЗИМЕ(LAT ЗА ДВОЈАЗИЧНА КАРТИЧКА)- Се пополнува ако осигуреникот има избрано издавање на двојазична картичка

-ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА ОСИГУРЕНИКОТ ШТО ЌЕ СТОЈАТ НА КАРТИЧКАТА- Се внесуваат името и презимето на осигуреникот кои ќе стојат на картичката не поголеми од 27 карактери

(Напомена: ако името и презимето кои треба да стојат на картичката ја поминуваат дозволена големина тогаш мора да се скратат името или презимето по желба на осигуреникот )

-НАЦИОНАЛНОСТ –Се внесува националноста на осигуреникот

-ДВОЈАЗИЧНОСТ Ова поле се пополнува доколку осигуреникот сака двојазична картичка

-КОНТАКТ ТЕЛЕФОН -Се внесува контакт телефон на осигуреникот како средство за комуникација

-Е-ПОШТА –Се внесува е-пошта на осигуреникот како средство за комуникација

