

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
ПРИЈАВА / ОДЈАВА / ПРОМЕНА (30-1)
ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

1. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС

1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>
	Регистерски број		Даночен број		Матичен број
4.	<input type="text"/>				
	Назив				
5.	<input type="text"/>				
	Адреса на живеење (улица и број)				
6.	Шифра на дејност	7. e-mail:	<input type="text"/>	8. Седиште	<input type="text"/>

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

9.	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	10.	<input type="text"/>	11.	<input type="text"/>
	Број на здравствена легитимација				Единствен матичен број (ЕМБГ)			
12.	<input type="text"/>							
	Презиме, име на родител/старател и име							
13.	<input type="text"/>	14.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Адреса од исправа (улица и број)		Населено место			Општина		
16.	<input type="text"/>	17.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Адреса на живеење (улица и број)		Населено место			Општина		
19.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20. <input type="text"/>					
	Место на раѓање		Држава на раѓање					
21.	Пријавен кај повеќе работодавачи?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	<input type="text"/>	23.	<input type="text"/>
			ДА	НЕ		Работни часови		Подрачна Служба
					24.	<input type="text"/>		
						Степен на стручна подготовка		
25.	<input type="text"/>		26.	<input type="text"/>	27.	<input type="text"/>		
	Датум на стапување во осиг.			Единствен здравствен број на осигуреник (ЕЗБО)		Датум на одјава од осиг.		

3. ПОДАТОЦИ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВОТО НА ОСИГУРЕНИКОТ

28.	29.	<input type="text"/>	30.	<input type="text"/>
Ред.Број	Презиме, име на родител/старател и име		Сродство	
31.	<input type="text"/>		32. <input type="text"/>	
	Единствен матичен број (ЕМБГ)		Единствен здравствен број на осигуреник (ЕЗБО)	
33.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	34.	<input type="text"/>
	Место на раѓање		34.	Датум на стапување во осиг.
			27.	Датум на одјава од осиг.
33.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	34. <input type="text"/>	
	Место на живеење		Адреса на живеење (улица и број)	
35.	36.	<input type="text"/>	37.	<input type="text"/>
Ред.Број	Презиме, име на родител/старател и име		Сродство	
38.	<input type="text"/>		39. <input type="text"/>	
	Единствен матичен број (ЕМБГ)		Единствен здравствен број на осигуреник (ЕЗБО)	
40.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	41.	<input type="text"/>
	Место на раѓање		41.	Датум на стапување во осиг.
			42.	Датум на одјава од осиг.
43.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	44. <input type="text"/>	
	Место на живеење		Адреса на живеење (улица и број)	

Подрачна служба (примил)

Датум на поднесување

 година

МП

Подносител на пријавата