

**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. _____		
Назив		
5. _____		
Адреса (улица и број)		
6. <input type="text"/>	7. e-mail: _____	8. Седиште <input type="text"/>
Шифра на дејност		

## 2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

9. <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
Број на здравствена легитимација	Основ на осиг.	Единствен матичен број (ЕМБГ)
12. _____		
Презиме, име на родител/старател и име		
13. _____	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
Адреса од исправа (улица и број)	Населено место	Општина
16. _____	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>
Адреса на живеење (улица и број)	Населено место	Општина
19. <input type="text"/>	20. _____	
Место на раѓање	Држава на раѓање	
21. Пријавен кај повеќе работодавачи? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	22. <input type="text"/>	23. <input type="text"/>
	Работни часови	Подрачна служба
24. <input type="text"/>	25. <input type="text"/>	
1 2 3 4 5 6 7 8	Степен на стручна спрема	
26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>	
Датум на стапување во осиг.	Единствен здравствен број на осигуреник	Датум на одјава од осиг.

## 3. ПОДАТОЦИ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВО НА ОСИГУРЕНИКОТ

28. <input type="text"/>	29. _____	30. _____
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"/>	34. <input type="text"/>	35. <input type="text"/>
Место на раѓање	Датум на стапување во осиг.	Датум на одјава од осиг.
36. <input type="text"/>	37. _____	
Место на живеење	Адреса на живеење	
28. <input type="text"/>	29. _____	30. _____
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	
33. <input type="text"/>	34. <input type="text"/>	35. <input type="text"/>
Место на раѓање	Датум на стапување во осиг.	Датум на одјава од осиг.
36. <input type="text"/>	37. _____	
Место на живеење	Адреса на живеење (улица и број)	

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

Подрачна служба (примил)

Датум на поднесување

МП

Подносител на пријавата