Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија

Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Адреса: Ул. Македонија, бр. 5, 1000 Скопје

Adresa: Rr. Maqedonia, nr. 5, 1000 Shkup

 Тел/Tel: 02/3289-000

Факс/Faks: 02/3289-048

e-mail: info@fzo.org.mk

www.fzo.org.mk

**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**

**Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Изјавувам/е:

И З Ј А В А

Од брачни-вонбрачни партнери/деловна жена

Образец 3 -Изјава за БПО

(име презиме и ЕМБГ на жената)

(име презиме и ЕМБГ на партнерот)

**ИЗЈАВУВАМЕ** дека аплицираме за БПО за**:**

Прво дете

Второ дете

Трето дете

Четврто дете

(изјавата во точка 1 се однесува за бројот на искористени обиди за БПО во зависност од тоа дали барањето кое го поднесува осигуреното лице е за БПО за прво дете, второ дете, трето дете или за БПО за четврто дете)

1. **ИЗЈАВУВАМЕ дека имам-е/немам-е користено здравствени услуги за БПО вкупно пати на товар на средствата на Фондот за здравствено осигурување на Македонија и тоа:**
* **Остварено право на БПО постапка на товар на Фондот пати;**
* **Повраток на средства за остварена БПО постапка со решение/жалба на товар на средствата на Фондот пати;**
* **Упатена на лекување во странство за БПО на товар на средствата на Фондот пати.**
1. **ИЗЈАВУВАМЕ дека во оваа брачна/вонбрачна заедница имаме /немаме заеднички пород.**
2. **ИЗЈАВУВАМЕ дека не сме во меѓусебно крвно сродство, роднини во права линија до четврти степен, односно роднини во странична линија до втор степен.**
3. **ИЗЈАВУВАМЕ дека сме запознаени со условите и правилата на Фондот за упатување и спроведување на БПО постапката.**

Изјавата ја давам под полна морална, материјална и кривична одговорност.

Дата Име, презиме и потпис на барателот

Осигурено лице - жена

Име, презиме и потпис на партнерот

Брачен/вонбрачен