



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство преведена од овластен преведувач;
2. Сметки/фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги преведени од овластен преведувач;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues:

1. Dokumentacioni mjekësor për shërbimet e kryera shëndetësore në shtetin e huaj, i përkthyer nga përkthyes i autorizuar;
2. Llogari/faturë me dëshmi pagese të shërbimeve të kryera shëndetësore, të përkthyer nga përkthyes i autorizuar;
3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

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 здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:
Vendi dhe data e parashtrimt:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës: