



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА  
www.fzo.org.mk

# Образец БК

<b>Пред да започнете со пополнување на образецот Ве молиме да го прочитате упатството на крајот на образецот</b>	
<b>БАРАЊЕ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА</b>	Место за баркод(број на барање)
ЗА НОСИТЕЛ <input type="checkbox"/>	
ЗА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ-ЧЛЕН НА СЕМЕЈСТВО <input type="checkbox"/>	
Подрачна служба	

**1. Податоци за обврзникот за уплата** По прв пат  Реиздавање

Назив	Шифра на дејност
Назив на дејност	
Адреса	Место
ЕМБС <input type="text"/>	Деловна единица <input type="text"/>
ЕДБС <input type="text"/>	
Жиро сметка <input type="text"/>	Основ на осигурување

**2. Податоци за осигуреникот - физичко лице** Националност \_\_\_\_\_ Двојазичност

ЕМБГ <input type="text"/>	ЕЗБО <input type="text"/>	М <input type="checkbox"/> Ж <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 <input type="text"/>		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT) <input type="text"/>		
<b>Податоци од лична карта</b>	<b>Адреса на живеење</b>	<b>Податоци за држава и место на раѓање</b>
Улица и _____ број _____	Улица и _____ број _____	Држава _____ Место _____
Држава _____	Држава _____	
Место _____	Место _____	
Контакт телефон _____	E-mail _____	

**3. Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)** Сродство \_\_\_\_\_ Националност \_\_\_\_\_ Двојазичност

ЕМБГ <input type="text"/>	ЕЗБО <input type="text"/>	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Име, име на родител и презиме		
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката <input type="text"/>		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT) <input type="text"/>		
<b>Адреса (ако е различна од носителот)</b>	<b>Држава и место на раѓање</b>	
Улица и број _____	Држава _____	
Држава _____	Место _____	
Место _____		

Сродство \_\_\_\_\_

Националност \_\_\_\_\_

Двојазичност 

ЕМБГ	<input type="text"/>	ЕЗБО	<input type="text"/>	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Име, име на родител 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)				
Адреса (ако е различна од носителот)			Држава и место на раѓање	
Улица и број _____			Држава _____	
Држава _____			Место _____	
Место _____				

Сродство \_\_\_\_\_

Националност \_\_\_\_\_

Двојазичност 

ЕМБГ	<input type="text"/>	ЕЗБО	<input type="text"/>	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Име, име на родител 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)				
Адреса (ако е различна од носителот)			Држава и место на раѓање	
Улица и број _____			Држава _____	
Држава _____			Место _____	
Место _____				

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

**Во прилог** - копија од лична карта или извод од матична книга на родените (за деца).

### Упатство/Укажување

Врз основа на ова барање се издава картичка за здравствено осигурување како исправа со која се остваруваат правата од задолжителното здравствено осигурување. Заради избегнување на грешки, пополнувањето на овој образец треба да се врши со најголемо внимание особено со внесување на податоците за личните имиња на албански јазик кои треба да бидат внесени на македонски и албански јазик идентично со документите за лична идентификација. Одговорноста за точноста на податоците и за последиците што може да произлезат од погрешно внесени податоци е на овластените лица или на барателот кој го потпишува образецот. Фондот за здравствено осигурување на Македонија не одговара за евентуалните грешки во картичките, вклучувајќи ги и материјалните последици од издавањето на картичката со погрешни податоци, кога податоците се точно превземени од овој образец

1. примерок за ФЗОМ

м.п.

Барател/Овластено лице

Датум \_\_\_\_\_ 20\_\_ год.

\_\_\_\_\_