

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

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

9. <input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	0	0	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
Број на здравствена легитимација						Основ на осиг.	Единствен матичен број (ЕМБГ)
12. <input type="text"/>							
Презиме, име на родител/старател и име							
13. <input type="text"/>				14. <input type="text"/>		15. <input type="text"/>	
Адреса од исправа (улица и број)				Населено место		Општина	
16. <input type="text"/>				17. <input type="text"/>		18. <input type="text"/>	
Адреса на живеење (улица и број)				Населено место		Општина	
19. <input type="text"/>				20. <input type="text"/>			
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	
25. <input type="text"/>		26. <input type="text"/>		27. <input type="text"/>		24. <input type="text"/>	
Датум на стапување во осиг.		Единствен здравствен број на осигуреник		Датум на одјава од осиг.		Степен на стручна спрема	

3. ПОДАТОЦИ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВО НА ОСИГУРЕНИКОТ

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

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

Подрачна служба (примил)

Датум на поднесување

МП

Подносител на пријавата