БАРАЊЕ ЗА ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД ПАРТИЦИПАЦИЈА

Институција што го издава документот: Фонд за здравствено осигурување на РМ.

Опис: Барањето се однесува за ослободување од натамошно учество во трошоци наздравствени услуги (односно враќање на веќе платеното учество).

Потребна документација:

- 1. Образец на барање П1 (на шалтер);
- 2. Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; 3. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата;
- **4.** Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и;
- 5. Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход образец ПДД- ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи;
- 6. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија);
- 7. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Барањето – **Образецот П1** се пополнува во два идентични примерока, на кои се втиснува приеменштембил со број и датум од страна на архиварот. Едниот примерок со документите во прилог гозадржува Архивата на Подрачната служба на ФЗОМ, а другиот примерок го задржуваподносителот на барањето.

ВАЖНО:Кон едниот примерок од Барањето - Образец П1 во прилог се доставува дел од или целадокументација наведена во образецот, и тоа задолжително се означува документацијатакоја се доставува со заокружување на редниот број пред називот на документацијата. Какодокументацијата под реден број 4 се доставуваат една или повеќе од наведенитеалтернативи за документација наведени во заградите, односно сето она што може дапослужи како доказ за месечните примања во семејството.На крајот, на празните линии, се впишува местото и датумот на поднесување на барањето и потписот на подносителот на барањето



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање <u>П1</u>

БАРАЊЕ

за ослободување од партиципација

населено место	чле										
бр									_) o	Д	
рој на здравствена легитимација МБГ на осигуреникот (носител) мли) Единствен здравствен број на осигуреникот МБГ на осигуреното лице (член на семејство) мли) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) Вработен во/осигурен преку вработен во/осигурен преку рој на трансакциска сметка арам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба а приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствен слути (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Сон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи): Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Поколку осигуреникот не го приложи документот на барањето Поколку осигуреникот на годиси документот на барањето по службена должност, а трошоците за истото паѓат на сокрученитот на осигуреникот на годиси документот Пополнување на ова барање се согласувам монте лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за становата на од заравствено осигурување и користење на заравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на користат согласно прописите на користат согласно прописите на користат се користат										176	1
МБГ на осигуреникот (носител) или) Единствен здравствен број на осигуреникот МБГ на осигуреното лице (член на семејство) или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) гработен во/осигурен преку рој на трансакциска сметка арам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба а приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствено слути (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Сон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи): Потврда/и за наплатено учество (партициација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Поколку осизуреником пе го приложи документом ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трансакците за истомо паѓаат нова по склуреником. Овъзкатувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи далените податоци во барањето и во овъзкатувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи далените податоци во барањето и во овъзкатување на пова барање се сеголасувам монте лични податоци и податоците за членовите на мосто семејство да се користат за станорување на права од здравствено осигурувањае и користење на здравствено от семејство да се користат за станорување на права од здравствено осигурување и користење на здравствено темпе на конот за запити и истите да се користа за секорописите на конот за запити и истите да се к		б р телефон									
МБГ на осигуреникот (носител) или) Единствен здравствен број на осигуреникот Вработен во/осигурен преку врај на трансакциска сметка зарам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба а приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствен осигури (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Сон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи): Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурурвање и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осизуреником не го приложи документом ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осизуреником не го приложи документом ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трансакците за истомо паѓавт новар на осизуреником. О опалатувна Мондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи далените податоци во барањето и во мое име о нобара документот О пополнување на права барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на мосто семејство да се користат за скворумента на личните податоци о о пополнување на права од здравствено осигурување и користење на здравствено осиготасно опогранст на баконот за заштита и личните податоци по ополнување на права се користат за скворот на валитита и истите да се користат за сквонот за заштита и истите да се користат за сквонот за заш	4										- 3
жили) Единствен здравствен број на осигуреникот ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) Вработен во/осигурен преку Број на трансакциска сметка зарам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба в приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствен слуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи): Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите за дравствени услуги од соодветната/ите за дравствени услуги од соодветната/ите за дравствени и приходи; Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Докожу оси:уреником не го приложи документом ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трансакците за истотни во барањето и во мое име, о побара документот Докожу оси:уреником. То опатстувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име, о побара документот То пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за ставрување на права од здравствено осигурување и користење на здравствено осигуровам моите лични податоци и податоците за чле					-						-
жили) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) Вработен во/осигурен преку Вработен во/осигурува в света документација (да се заокружи): Во Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Во Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Во Отпусно писмо од здравствена установа/и; Во Отпусно писмо од здравствено учество од која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Во Отпусно писмо од здравствено учество од која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Во Отпусно писмо од здравствено учество од која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Во Отпусно писмо од здравствено учество од која ФЗОМ има склучено договор за услугата за јавни приходи; Во Отпусно писмо од здравствено учество од која ФЗОМ има склучено договор за услугата учетвена услуга од за јавни приходи. Во Отпусно писмо од здравствено учетвена учетвен	MI	БГ на осигуреникот (носител)									
или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) Вработен во/осигурен преку рој на трансакциска сметка варам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба дарам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба дарам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба дарам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба дарам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба дарам Фондот за здравствено осигурување на македонија (да се заокружси): Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Опусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото пабат посирненикот. Во овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи далените податоци во барањето и во мое име, о побара документот О пополнување на ова барање се согласувам монте лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за ставрување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на коонот за заштита на личните податоци осигуренаком.	или	т) Единствен здравствен број н <mark>а осигуреник</mark> от									-1
Вработен во/осигурен преку рој на трансакциска сметка барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија − Подрачна служба	EMI	БГ на осигуреното лице (член на семејство)									
Број на трансакциска сметка дарам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба да приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствен голуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Кон барањето ја приложувам следната документација (∂а се заокружи): Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; Дока за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должности, а трошоците за истото паѓаат повар на осигурувникот. О окластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име, о побара документот О пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личние податоци	или	и) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)									
Број на трансакциска сметка дарам Фондот за здравствено осигурување на Македонија — Подрачна служба да приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствен голуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Кон барањето ја приложувам следната документација (∂а се заокружи): Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; Дока за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должности, а трошоците за истото паѓаат повар на осигурувникот. О окластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име, о побара документот О пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личние податоци	3pa	ботен во/осигурен преку									
. Врз основа приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствен ислуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Кон барањето ја приложувам следната документација (∂а се заокружи): . Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; 2. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; 3. Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; 4. Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; 5. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; 6. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото наѓата повар на осигуреникот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот Со овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци	•										
. Врз основа приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствен ислуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Кон барањето ја приложувам следната документација (∂а се заокружи): . Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; 2. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; 3. Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; 4. Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; 5. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; 6. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото наѓата повар на осигуреникот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот Со овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци											
а приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравственслуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество). Сон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи): Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата; Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Поколку осигуреникот не го приложи документот О областувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот о пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на конот за заштита на личните податоци	poj	на трансакциска сметка									
. Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход — образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; . Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹; . Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат повар на осигуреникот. То овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот о пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на конот за заштита на личните податоци	•	Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената			ите у	слуги	од з	драв	стве	ната/	ите
на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи; 6. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ; 6. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Соколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат в повар на осигуреникот. Со овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци	2.	Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и	на здравст	гвени дого	вор	за усл	угата	a;	стве	ната/	ите
6. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ; 6. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото наѓаат повар на осигуреникот. То овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот. То пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци	2.	Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и соодветната/ите здравствена/и установа/и;	на здравст склучено звршени	гвени дого здраг	вор з	за усл	угат: элуги	а; год			
б. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат повар на осигуреникот. То овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот То пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци		Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален дан на здравственото осигурување и членовите на семејството (на здравст склучено звршени ок на дохо копја со п	дого здраг од — о	вор з встве обра	за усл ени ус зец П	угата луги ДД-I од Уг	а; год ГДП : права	за но ата з	осите	лот
Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат повар на осигуреникот. То овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот То пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци	2. 3. 4.	Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален дан на здравственото осигурување и членовите на семејството (приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната го	на здравст склучено звршени ок на дохо копја со п	дого здраг од — о	вор з встве обра	за усл ени ус зец П	угата луги ДД-I од Уг	а; год ГДП : права	за но ата з	осите	лот
повар на осигуреникот. То овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот То пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци	3. 3. 4.	Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален дан на здравственото осигурување и членовите на семејството (приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната го Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ;	на здравст склучено звршени ок на дохо копја со п	дого здраг од — о	вор з встве обра	за усл ени ус зец П	угата луги ДД-I од Уг	а; год ГДП : права	за но ата з	осите	лот
о овластувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име о побара документот о пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци		Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален дан на здравственото осигурување и членовите на семејството (приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната го Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето	на здравст склучено звршени ок на дохо копја со г одина од У	дого здраг од — о прием	овор з встве обра мен п вата	за усл ени ус зец П, вечат (за јав	угата глуги ДД-I од Уг ни пр	а; год ГДП : права рихо,	за но ата з ди;	осите а јав	элот ни
стварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на аконот за заштита на личните податоци	Док	Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален дан на здравственото осигурување и членовите на семејството (приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната го Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето олку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по с	на здравст склучено звршени ок на дохо копја со г одина од У	дого здраг од — о прием	овор з встве обра мен п вата	за усл ени ус зец П, вечат (за јав	угата глуги ДД-I од Уг ни пр	а; год ГДП : права рихо,	за но ата з ди;	осите а јав	элот ни
	2. 3. 4. 5. Док пова	Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален дан на здравственото осигурување и членовите на семејството (приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната го Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето олку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по стр на осигуреникот.	на здравст склучено звршени ок на дохо копја со п одина од У	дого здран од — о прием Упран	овор з образ иен п вата	ва услени ус вец П вечат о ва јав	угата луги ДД-I од Уг од ип	а; год ГДП : права рихо,	за но ата з ди; <i>стоп</i>	осите а јави	елот ни аат н
	22. 33. 44. 55. Докиова по	Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената установа/и; Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за и соодветната/ите здравствена/и установа/и; Годишна даночна пријава за утврдување на персонален дан на здравственото осигурување и членовите на семејството (приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната го Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) ¹ ; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето олку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по обрана осигуреникот. властувам Фондот за здравствено осигурувањае на Македонија да ги историјување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоцит прување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена за	на здравст склучено звршени ок на дохо копја со г службена до користи да,	дого дого дого дого дого дого дого дого	вор з встве обра в в в в в в в в в в в в в в в в в в в	за услени ус зец П дечат с за јав и трош атоци з	угата ДД-I од Уг ни пр	а; год гДП : права рихо, рањет	за но зата з ди; стоп о и в	осите а јавн по паѓа о мое	:ЛОТ НИ <i>аат н</i> име д