

**SMLOUVA MEZI ČESKOU REPUBLIKOU A REPUBLIKOU MAKEDONIE O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ**  
**ДОГОВОР ПОМЕЃУ ЧЕШКА РЕПУБЛИКА И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**  
**ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ**

**Oznámení o hospitalizaci**  
**ИЗВЕСТУВАЊЕ ЗА БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ**

Článek 11, odstavec 1, bod 1.1 a článek 12 Smlouvy  
 Článek 6 odstavec 4 Správního ujednání  
 Член 11 став 1 точка 1.1 и член 12 од Договорот  
 Член 6 став 4 од Административната спогодба

Česká zdravotní pojišťovna v místě pobytu nebo bydliště vyplní formulář a zašle jej příslušné pobočce Makedonského fondu zdravotního pojištění (FZOM)

Чешкиот Завод за здравствено осигурување во местото на престој или живеење го пополнува образецот и го испраќа до надлежната подрачна служба на ФЗОМ.

1	Příslušná pobočka FZOM / Надлежна подрачна служба на ФЗОМ
1.1	Název / Име.....
1.2	Adresa / Адреса..... ..... .....

2	Pojištěnec / Осигурено лице
2.1	Příjmení / Презиме.....
2.2	Jméno / Име.....
2.3	Datum narození / Датум на раѓање.....
2.4	Adresa v Makedonii / Адреса во Македонија ..... .....
2.5	Číslo pojištěnce v Makedonii / Осигурителен број во Македонија (ЕМБГ) .....

3. Odkaz / Врска:  Ваш formulář RM/CZ..... ze dne ..... / Ваш образец РМ/ЦЗ ..... од.....

**A Oznámení o přijetí do nemocnice / Известување за прием во болница**

4. Osoba uvedená v bodě 2 / Лицето наведено во точка 2

4.1 Byla dne ..... přijata do nemocnice  
е применo во болница на ден.....

4.2 Název a sídlo zdravotnického zařízení / име и седиште на здравствената установа  
.....  
.....  
.....

## 4.3 Z důvodu / поради:

- nemoci / болест
- mateřství/мајчинство
- pracovního úrazu / повреда на работа
- nemoci z povolání / професионално заболување
- úrazu zaviněného třetí osobou / повреда предизвикана од трето лице

4.4 Zmíněná osoba zůstane v nemocnici pravděpodobně do / највероватно ќе остане во болница до .....

4.5 Diagnóza / дијагноза .....  
( uveďte, prosím, podle mezinárodní klasifikace nemocí / согласно меѓународната класификација на болести)

**B Oznámení o propuštění z nemocnice / Известување за отпуст од болница**

## 5. Hospitalizace oznámená / Известувањето за прием евидентирано во

- našim formulářem CZ/RM 113 ze dne ..... / образецот ЦЗ/РМ 113 од .....
- dílem A tohoto formuláře / делот А од овој образец
- byla ukončena dne ..... / престана на ден .....

6	Česká zdravotní pojišťovna v místě bydliště nebo pobytu / Чешки Завод за здравствено осигурување во местото на престој или живеење		
6.1	Název / Име .....		
6.2	Adresa / Адреса .....		
6.3	Razítko / Печат	6.4	Datum / Датум .....
		6.5	Podpis / Потпис .....