

*SMLOUVA MEZI ČESKOU REPUBLIKOU A
 SVAZOVOU REPUBLIKOU JUGOSLÁVIÍ O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ*

*СПОРАЗУМ ИЗМЕЂУ ЧЕШКЕ РЕПУБЛИКЕ И
 САВЕЗНЕ РЕПУБЛИКЕ ЈУГОСЛАВИЈЕ О СОЦИЈАЛНОМ ОСИГУРАЊУ*

POTVRZENÍ O SČÍTÁNÍ DOB POJIŠTĚNÍ ⁽¹⁾
ПОТВРДА О САБИРАЊУ ПЕРИОДА ОСИГУРАЊА

Smlouva: čl. 10
 Члан 10. Споразума

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodné číslo pojištěnce v Srbsku
 Јединствени матични број грађана у Србији (ЈМБГ)

Správní ujednání: čl. 6
 Члан 6. Административног споразума

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo pojištěnce v Česku
 Број осигураника у Чешкој

ČÁST A / ДЕО А

1. Nositel v Srbsku / Носилац у Србији

1.1. Název / Назив

1.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾

2. Pojištěnec / Осигураник

2.1. Příjmení / Презиме

Jméno / Име

Datum narození / Датум рођења

2.2. Adresa v Česku / Адреса у Чешкој ⁽²⁾

2.3. Adresa v Srbsku / Адреса у Србији ⁽²⁾

3. Poslední skutečnost zakládající pojištění / Последњи основ на коме се заснива осигурање

3.1. Druh pojištění / Врста осигурања ⁽³⁾

Zaměstnání / Запослење

Samostatná výd. činnost / Самостална делатност

Ostatní / Остало

3.2. Jméno nebo název firmy / Назив послодавца

3.3. Adresa / Адреса ⁽²⁾

4. Příslušný nositel v Česku / Надлежни носилац у Чешкој

4.1. Název / Назив

4.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾

4.3. Datum / Датум

Razítko / Печат

Podpis / Потпис

ДЕО Б / ЧАСТ В

5. Příslušný nositel v Česku / Надлежни носилац у Чешкој

5.1. Název / Назив

5.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾

6. Doby pojištění / Периоди осигурања

6.1. Osoba uvedená v bodě 2 dosáhla následujících dob pojištění ⁽⁴⁾
Осигураник из тачке 2. навршио је следеће периоде осигурања

od / од	do / до	druh pojištění / врста осигурања
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Nositel v Srbску / Носилац у Србији

7.1. Název / Назив

7.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾

7.3. Datum / Датум

Razítko / Печат

Podpis / Потпис

POKYNY / НАПОМЕНЕ

- (1) Příslušná organizační jednotka nositele zdravotního nebo sociálního pojištění vyplní část A formuláře a pošle dvě vyhotovení srbskému nositeli zdravotního pojištění podávajícímu informace. Tento nositel pojištění doplní údaje v části B formuláře a jedno vyhotovení ihned vrátí příslušné organizační jednotce nositele zdravotního nebo sociálního pojištění v Česku. /

Надлежна организациона јединица носиоца здравственог или социјалног осигурања попуњава део А формулара и шаље два примерка српском носиоцу здравственог осигурања који даје обавештење. Овај носилац осигурања попуњава део Б формулара и одмах шаље један примерак надлежној организационој јединици носиоца здравственог или социјалног осигурања у Чешкој.

- (2) PSC, město, ulice, číslo, stát. / Поштански број, место, улица, број, држава.
- (3) Zaškrtnout příslušné okénko. / Обележити крстићем одговарајуће поље.
- (4) Je třeba uvést doby pojištění a doby jim na roveň postavené. Pokud během tohoto období existovalo pojištění u více nositelů, je třeba si dle potřeby vyžádat potvrzení od všech srbských nositelů pojištění, kteří přicházejí v úvahu. /
Треба навести стечени и признати стаж осигурања. Ако је у току периода постојало осигурање код више носилаца осигурања, по потреби треба затражити издавање потврде од свих српских носилаца осигурања који долазе у обзир.