

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

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

**POTVRZENÍ O NÁROKU NA VĚCNÉ DÁVKY
PO DOBU PŘECHODNÉHO PobyTU V REPUBLICCE SRBSKO ⁽¹⁾**

**ПОТВРДА О ПРАВУ НА ДАВАЊА У НАТУРИ
ЗА ВРЕМЕ ПРИВРЕМЕНОГ БОРАВКА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ**

Smlouva: čl. 11 odst. 1
Споразум: члан 11. став 1.

Správní ujednání: čl. 7
Члан 7. Административног споразума

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Číslo pojištěnce v Česku
Број осигураника у Чешкој

1. Pojištěnec / Осигураник

1.1. Příjmení / Презиме Jméno / Име Datum narození / Датум рођења

1.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾

2.

2.1. Pokud zdravotní stav výše uvedené osoby po dobu přechodného pobytu v Srbsku vyžaduje neodkladné poskytnutí nezbytné zdravotní péče, má nárok na věcné dávky od nositele zdravotního pojištění v místě pobytu k tíži příslušné zdravotní pojišťovny. /

Ако здравствено стање наведеног лица за време привременог боравка у Србији захтева хитну медицинску помоћ, лице има право на давања уaturi од носиоца здравственог осигурања у месту боравка, а на терет надлежног носиоца здравственог осигурања.

2.2. Toto potvrzení má platnost / Ова потврда важи

od / од _____ do (včetně) / закључно до _____

3. Příslušný nositel v Česku / Надлежни носилац у Чешкој

3.1. Název / Назив

3.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾

3.3. Datum / Датум

Razítko / Печат

Podpis / Потпис

POKYNY / УПУТСТВО

- (1) Formulář vyplní příslušná zdravotní pojišťovna v Česku a předá jej pojištěnci, nebo doručí nositeli v místě pobytu nebo styčnému orgánu v Srbsku. /
Образец попуњава надлежни носилац здравственог осигурања у Чешкој и предаје га осигуранику или доставља носиоцу према месту боравка или органу за везу у Србији.
- (2) PSČ, město, ulice, číslo, stát. / Поштански број, место, улица, кућни број, држава.
- (3) Zaškrtnout příslušné okénko. / Одговарајуће означити крстићем.

DŮLEŽITÉ POKYNY PRO OPRÁVNĚNOU OSOBU / ОБАВЕШТЕЊЕ ЗА ОСИГУРАНИКА

Toto potvrzení se předloží v Srbsku zdravotní pojišťovně podle místa pobytu. /
Потврду предати српском носиоцу здравственог осигурања у месту боравка.