

**SMLOUVA MEZI ČESKOU REPUBLIKOU
A SVAZOVOU REPUBLIKOU JUGOSLÁVIÍ O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ
СПОРАЗУМ ИЗМЕЂУ ЧЕШКЕ РЕПУБЛИКЕ
И САВЕЗНЕ РЕПУБЛИКЕ ЈУГОСЛАВИЈЕ О СОЦИЈАЛНОМ ОСИГУРАЊУ**

**OZNÁMENÍ O POZASTAVENÍ NEBO UKONČENÍ NÁROKU
NA VĚCNÉ DÁVKY PO DOBU TRVALÉHO POBYTU V SR JUGOSLÁVIÍ (1)
ОБАВЕШТЕЊЕ О МИРОВАЊУ ИЛИ ПРЕСТАНКУ ПРАВА НА
ДАВАЊЕ У НАТУРИ ЗА ВРЕМЕ ТРАЈНОГ БОРАВКА У СР ЈУГОСЛАВИЈИ**

Smlouva: čl. 13, odst. 2
Споразум: чл. 13, ст. 2.

Správní ujednání: čl. 10
Споразум о спровођењу: чл. 10.

Rodné číslo pojištěnce v SR Jugoslávii (2)
Матични број осигураника у СР Југославији

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

Číslo pojištěnce v České republice
Број осигураника у Чешкој Републици

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

**ČÁST A - OZNÁMENÍ
ДЕО А - САОПШТЕЊЕ**

1.	Organizační jednotka republikového nositele zdravotního pojištění v místě bydliště (4) Организациона јединица републичког носиоца здравственог осигурања у месту пребивалишта		
1.1	Název Назив	
1.2	Adresa (5) Адреса	
1.3	Týká se: Наш формулár Веза: Наш образац	CZ/ YU 121	ze dne од

2.	Důchodce (kyně) Пензионер		
2.1	Příjmení Презиме (презимена)	Jméno (jména) Име (имена)
2.2	Datum narození Датум рођења	Místo narození Место рођења
2.3	Adresa v České republice (5) Адреса у Чешкој Републици		
2.4	Adresa v SR Jugoslávii (5) Адреса у СР Југославији		

3. Oznámení (3) Саопштење		
Nárok na věcné dávky potvrzen naším formulářem CZ/YU 121 Право на давања у натури потврђено нашим образцем CZ/YU 121		
<input type="checkbox"/> Osobě uvedené v bodě 2 Лицу наведеном у тачки 2.		
<input type="checkbox"/> pozastaven мирује		<input type="checkbox"/> končí z následujících důvodů : престаје из следећих разлога:
3.1	<input type="checkbox"/> Důchod osoby uvedené v bodě 2 Пензија лица наведеног у тачки 2.	
	<input type="checkbox"/> pozastaven od мирује од	<input type="checkbox"/> končí dnem престаје са
3.2	<input type="checkbox"/> Osoba, která u Vás byla registrována změnila dne..... místo bydliště v..... Сва лица која су била код Вас регистрована променила су дана место пребивалишта у	
3.3	<input type="checkbox"/> Oprávněná osoba zemřela dne Корисник права је умро дана	
3.4	<input type="checkbox"/> Jiné důvody: (6) Остали разлози:	
.....		
4. Příslušná česká zdravotní pojišťovna Надлежни чешки завод за здравствено осигурање		
4.1	Název Назив	
4.2	Adresa (5) Адреса	
4.3	Razítko Печат	Datum Датум
		Podpis Потпис
.....		

**ČÁST B - POTVRZENÍ O PŘIJETÍ
ДЕО Б - ПОТВРДА ПРИЈЕМА**

5.	Příslušná česká zdravotní pojišťovna Надлежни чешки завод за здравствено осигурање
5.1	Název Назив
5.2	Adresa ⁽⁵⁾ Адреса

6.	Oznámení⁽³⁾ Обавештење
Oznámení obsažené v části A k nám došlo dne Саопштење садржано у делу А је стигло код нас дана	
6.1	<input type="checkbox"/> Osobě uvedené v bodě 2 Лице наведено у тачки 2
6.2	<input type="checkbox"/> ⁽⁷⁾ byly poskytnuty věcné dávky do : пружило је давања у натури закључно до
6.3	<input type="checkbox"/> nebudou poskytnuty věcné dávky неће добити давања у натури od: од:

7.	Organizační jednotka republikového nositele zdravotního pojištění v místě bydliště⁽⁴⁾ Организациона јединица републичког носиоца здравственог осигурања у месту пребивалишта	
7.1	Název Назив	
7.2	Adresa ⁽⁵⁾ Адреса	
7.3	Razítko Печат	Datum Датум
		Podpis Потпис

POKYNY / НАПОМЕНЕ

- (1) Příslušná česká zdravotní pojišťovna vyplní část A formuláře a pošle dvě vyhotovení organizační jednotce republikového nositele zdravotního pojištění podle místa bydliště dotyčné osoby. Tento nositel pojištění vyplní část B formuláře a ihned vrátí jedno vyhotovení příslušné české zdravotní pojišťovně.
Надлежни чешки завод за здравствено осигурање попуњава део А обрасца и шаље 2 примерка организационој јединици републичког носиоца здравственог осигурања надлежној према пребивалишту дотичног лица. Овај носилац осигурања попуњава део Б обрасца и одмах враћа један примерак надлежном чешком заводу здравственог осигурања.
- (2) V případě, že osoba nemá rodné číslo, uvede se číslo osobní.
Уколико лице нема матични број, унети лични број.
- (3) Zaškrtněte příslušné okénko.
Крстићем обележити одговарајуће поље.
- (4) Místně příslušná organizační jednotka republikového nositele zdravotního pojištění
Месно надлежна организациона јединица републичког носиоца здравственог осигурања
- (5) PSČ, místo, ulice, číslo, stát.
Поштански број, место, улица, број, држава.
- (6) Existují-li jiné důvody pro ukončení nároku na věcné dávky, je zapotřebí je uvést zde.
Ако постоје други разлози за престанак права на давања у натури треба их овде навести
- (7) Vyplnit pouze v případě, že věcné dávky byly poskytnuty v období od zániku (po zastavení) nároku na věcné dávky do doby přijetí tohoto oznámení.
Попунити само у случају да су била пружена давања у натури у периоду од престанка (мировања) права до датума пријема овог обавештења.