

3.	Oznámení⁽³⁾ Саопштење
3.1	Výše uvedená osoba Горе наведено лице <input type="checkbox"/> má nárok na věcné dávky има право на давања у натури <input type="checkbox"/> Má nárok na důchod od Има право на пензију од
3.2	Na základě tohoto potvrzení se mohou poskytovat věcné dávky На основу ове потврде могу се пружати давања у натури <input type="checkbox"/> Od do (včetně) Од закључно до
3.3	<input type="checkbox"/> Od do odvolání tohoto potvrzení Од до опозива ове изјаве

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 - OZNÁMENÍ
ДЕО Б - ОБАВЕШТЕЊЕ

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

6. Oznámení o registraci Обавештење о регистрању
6.1 Osoba uvedená v bodě 2 je Лице наведено у тачки 2. је počínaje dnem почев од
6.2 Registrována u organizační jednotky republikového nositele zdravotního pojištění v místě bydliště (bod 8). Регистровано код организационе јединице републичког носиоца здравственог осигурања надлежног за место пребивалишта (тачка 8).

7. Oznámení o nezaregistrování Обавештење о нерегистрању
7.1 Osoba uvedená v bodě 2 není zaregistrována. Лице наведено у тачки 2. није регистровано. Důvody: Разлози:

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

POKyny
HAПOMEHE

- (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 a jedno vyhotovení ihned vrátí příslušné české zdravotní pojišťovně.
Надлежни чешки завод за здравствено осигурање попуњава део А обрасца и шаље 2 примерка организационој јединици републичког носиоца здравственог осигурања у месту пребивалишта дотичног лица. Тај носилац осигурања попуњава део Б и одмах враћа један примерак надлежном чешком заводу здравственог осигурања.
- (2) V případě, že osoba nemá rodné číslo, uvede se číslo osobní.
У случају да лице нема матични број, унети лични број.
- (3) Zaškrtněte příslušné okénko.
Обележити крстићем 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) Tento bod se vyplní pouze v případě, že je formulář vydáván na žádost organizační jednotky republikového nositele zdravotního pojištění podle místa bydliště.
Ова тачка се попуњава само ако се образац издаје на захтев организационе јединице републичког носиоца здравственог осигурања надлежног према месту пребивалишта.