

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

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

**SAZBY NÁHRAD ZA VĚCNÉ DÁVKY (1)  
УПИТ О ТРОШКОВИМА ЗА ПРУЖЕНА ДАВАЊА У НАТУРИ**

Smlouva: čl. 15  
Споразум: чл. 15.

Správní ujednání: čl. 8  
Споразум о спровођењу: чл. 8.

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  
ДЕО А**

<b>1.</b>	<b>Organizační jednotka republikového nositele zdravotního pojištění v místě pobytu</b> <b>Организациона јединица републичког носиоца здравственог осигурања у месту боравка</b>
1.1	Název Назив .....
1.2	Adresa (3) Адреса .....

<b>2.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pojištěnec</b> <b>Осигураник</b>	<input type="checkbox"/> <b>Důchodce (kyně) (4)</b> <b>Пензионер</b>	
2.1	Příjmení Презиме (презимена) .....	Jméno (jména) Име (имена) .....	Datum narození Датум рођења .....

<b>3.</b>	<b>Údaje o vzniklých nákladech</b> <b>Упит о насталим трошковима</b>
3.1	Osoba uvedená pod bodem 2 Лице наведено под тачком 2. је  Po dobu přechodného pobytu v .....(místo v SR Jugoslávii) osobně zaplatila náklady za poskytnuté věcné dávky. За време привременог боравка у .....(место у СР Југославији) лично платило трошкове за пружена давања у натури.
3.2	Přikládáme účty a žádáme vás, abyste v bodu 6 u každého účtu vepsali částku, která se hradí podle Vašich tarifních sazeb. Прилажемо рачуне и молимо да у тачки 6 за сваки рачун упишете онај износ који се надокнађује према Вашим тарифним стопама.  Příloha :                      účtů. Прилог:                      рачуна.

<b>4. Příslušná česká zdravotní pojišťovna Надлежни чешки завод за здравствено осигурање</b>		
4.1	Název Назив .....	
4.2	Adresa <sup>(3)</sup> Адреса .....	
4.3	Razítko Печат	Datum Датум
		Podpis Потпис
	.....	.....

**ČÁST B  
ДЕО Б**

<b>5. Příslušná česká zdravotní pojišťovna Надлежни чешки завод за здравствено осигурање</b>		
5.1	Název Назив .....	
5.2	Adresa <sup>(3)</sup> Адреса .....	

<b>6. V souvislosti s účty, které vám v příloze vracíme, vám sdělujeme: У вези рачуна које вам враћамо у прилогу, обавештавамо вас:</b>				
6.1	Podle našich tarifních sazeb úhrada podle jednotlivých účtů činí: Према нашим тарифним стопама, накнада по појединим рачунима износи:			
	Vystavitel účtu Издавалац рачуна	Číslo účtu Број рачуна	Částka uvedena na účtu У рачуну наведен износ	K úhradě přichází v úvahu За накнаду долази у обзир износ
	Ambulantní léčení..... Амбулантно лецење	.....	.....	.....
	Náklady za zubního lékaře..... Трошкови за зубног лекара	.....	.....	.....
	Náklady za léky..... Трошкови за лекове	.....	.....	.....
	Náklady nemocničního léčení..... Трошкови болничког лечења	.....	.....	.....
	Jiné náklady..... Други трошкови	.....	.....	.....
	<b>CELKEM УКУПНО</b>			.....
6.3	Za následující účty se úhrada nepřiznává z níže uvedených důvodů : За следеће рачуне накнада се не признаје из разлога које наводимо у образложењу:			
	Vystavitel účtu Издавалац рачуна	Na účtu uvedená částka У рачуну наведен износ	Odůvodnění Образложење	
	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	

<b>7. Organizační jednotka republikového nositele zdravotního pojištění v místě pobytu</b> <b>Организациона јединица републичког носиоца здравственог осигурања у месту боравка</b>		
4.1	Název Назив .....	
4.2	Adresa <sup>(3)</sup> Адреса .....	
4.3	Razítko Печат	Datum Датум
		Podpis Потпис
		.....

**POKyny**  
**НАПОМЕНЕ**

- (1) Část A formuláře vyplní příslušná česká zdravotní pojišťovna a pošle dvě vyhotovení organizační jednotce republikového nositele zdravotního pojištění v místě pobytu osoby, kde byly poskytnuty věcné dávky. Tento nositel zdravotního pojištění vyplní část B formuláře a ihned vrátí jedno vyhotovení příslušné české zdravotní pojišťovně.  
Део А обрасца попуњава надлежни чешки завод здравственог осигурања и шаље два примерка организационој јединици републичког носиоца здравственог осигурања у месту боравка лица где су пружена давања у натури. Овај носилац здравственог осигурања попуњава део Б обрасца и одмах враћа један примерак надлежном чешком заводу здравственог осигурања.
- (2) Nemá-li osoba rodné číslo, uvede se číslo osobní.  
У случају да лице нема матични број, унети лични број.
- (3) PSČ, místo, ulice, číslo, stát.  
Поштански број, место, улица, број, држава.
- (4) Zaškrtněte příslušné okénko.  
Обележити крстићем одговарајуће поље.