

CONVENTION EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE DE MACEDOINE
ДОГОВОР МЕЃУ ГОЛЕМОТО ВОЈВОДСТВО ЛУКСЕМБУРГ И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕFORMULAIRE ATTESTANT LES PERIODES D'ASSURANCE
ПОТВРДА ЗА СОБИРАЊЕ НА ПЕРИОДИТЕ НА ОСИГУРУВАЊЕ

Articles 6 et 8 de la Convention
Член 6 и 8 од Договорот
Articles 4 et 5 de l'Arrangement administratif
Член 4 и 5 за Административната спогодба

Le centre commun de la sécurité sociale remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires au service régional du Fonds d'assurance de santé macédonienne. Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine remplit la partie B et retourne le formulaire au centre commun de la sécurité sociale.

Центарот за социјално осигурување го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до Центарот за социјално осигурување.

A. Demande d'attestation
A. Барање за потврдување

1	Au service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија
1.1	Dénomination / Назив
1.2	Adresse / Адреса

2	Personne concernée / Лице за кое се однесува барањето
2.1	Noms / Презимиња
2.2	Prénoms / Имиња
2.3	Adresse / Адреса
2.4	N° d'identification / Број за идентификација: au Luxembourg / во Луксембург
	en Macédoine (EMBG) / во Македонија (ЕМБГ)

3	La personne désignée au cadre 2 déclare avoir exercé une activité Лицето наведено во точка 2 извршувало дејност како		
	☐ salariée ☐ вработено лице	☐ non salariée ☐ лице кое врши самостојна дејност	en Macédoine во Македонија
3.1	Nom ou raison sociale du dernier employeur / Име или назив на последниот работодавач Dernière activité non salariée / Последна самостојна дејност..... Adresse / Адреса.....		
3.2	Employeurs précédents Претходни работодавачи <i>(indiquez le nom ou la raison sociale de l'employeur et les adresses)</i> <i>(име или назив на институцијата и адреса)</i>		Activités non salariées précédentes Претходни самостојни дејности <i>(indiquez les adresses)</i> <i>(наведете ги адресите)</i>
En vue de donner suite à une demande introduite par la personne désignée au cadre 2, nous vous prions de nous communiquer За да одговориме на барањето на лицето наведено во точка 2, ве молиме да ни ги доставите			
3.3	☐ les périodes d'assurance accomplies par elle sous la législation de votre pays периодите на осигурување остварени според правните прописи на вашата земја à partir du / од jusqu'au / до pour le risque maladie - maternité / во случај на болест - мајчинство		

4	Le centre commun de la securite sociale Центар за социјално осигурување		
4.1	Dénomination / Назив.....		
4.2	Adresse / Адреса.....		
4.3	Cachet / Печат		4.4 Date / Датум
			4.5 Signature / Потпис

B. Attestation**Б. Потврдување**

5	Au centre commun de la sécurité sociale Центар за социјално осигурување
5.1	Dénomination / Назив.....
5.2	Adresse / Адреса.....

6	La personne désignée au cadre 2	Лицето наведено во точка 2
6.1	☐ a accompli depuis la date indiquée au point 3.3 les périodes d'assurance suivantes: ☐ ги остварило следниве периоди на осигурување, од датумот наведен во точка 3.3.	
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
	du / од.....	au / до.....
6.2	☐ n'a pas accompli de périodes d'assurance sous notre législation. ☐ Не остварило периоди на осигурување согласно нашите правни прописи	

* A = obligatoire B = volontaire C = facultative continuée

* A = задолжително B = доброволно C = факултативно дополнително

7	Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија		
7.1	Dénomination / Назив.....		
7.2	Adresse / Адреса.....		
7.3	Cachet / Печат	7.4	Date / Датум
		7.5	Signature / Потпис