

Versicherungsträger in/Hосител на осигувањето во  
Deutsche Rentenversicherung

Deutsche Versicherungsnummer  
Германски број на осигурување

Deutschland:  
Германија:

\_\_\_\_\_

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

nicht bekannt  
не е познат

Mazedonien: FOND NA  
Македонија: PENZISKOTO I INVALIDSKOTO  
OSIGURUVANJE NA MAKEDONIJA  
Ul. 23 Oktomvri Br. 11  
1000 SKOPJE  
MAZEDONIEN

Aktenzeichen:

Број на предмет: \_\_\_\_\_

### **Beschäftigungsfragebogen**

(Bei Bedarf bitte weiteres Blatt anfügen)

### **Прашалник за вработување**

(по потреба да се додаде нов лист)

Hinweise

Bei Antragstellung in Deutschland:

Es sind in zeitlicher Reihenfolge alle  
Versicherungszeiten und gleichgestellte  
Zeiten in Mazedonien und in Drittstaaten  
einzutragen.

Упатства

При поднесување барање во Германија:

Потребно е по хронолошки ред да се впишат  
сите периоди на осигурување и со нив  
изедначни периоди во Македонија и во трети  
држави.

Name (ggf. Geburtsname)

Презиме (кај жените и моминско презиме) \_\_\_\_\_

Vornamen (Rufname unterstreichen)

Име (во случај на повеќе имиња да се подвлеча главното) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Датум на раѓање \_\_\_\_\_

Geburtsort und Staat

Место на раѓањето и држава \_\_\_\_\_

Bitte wenden!  
Молиме завртите!

Lfd. Nr.  Ред. бр.	Zeitraum Период						Art der Beschäftigung oder der sonstigen Zeit  Вид на вработување или друг стаж	Name und Anschrift des Arbeitgebers (geben Sie bitte ggf. auch den jetzigen Staat an; z.B. Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Serbien, Montenegro, Slowenien)  Име и адреса на работодавецот (Наведете ја молам евентуално и сегашната држава; на пр. Босна и Херцеговина, Хрватска, Србија, Црна Гора, Словенија)	Beweismittel  Докази
	vom од			bis до					
	Tag ден	Mon. мес.	Jahr год.	Tag ден	Mon. мес.	Jahr год.			

I.A./П.О.

---

Unterschrift/Потпис