

**ДО
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
НА МАКЕДОНИЈА**

ул. Македонија бб
1000 Скопје

Б А Р А Њ Е

од здравствена установа вклучена во мрежата
за склучување на договор за 2013 година

Здравствена установа _____
со седиште во _____, населено место _____
ул. _____ бр. _____ телефон _____.

Ви доставуваме барање за склучување на договор за обезбедување на здравствени услуги со **Јавна здравствена установа – болничка здравствена заштита** со Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Барањето се однесува за дејноста _____.

I. ПОДАТОЦИ ЗА ЈАВНАТА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

ЕМБС	Шифра на дејноста	Дата на пријавување
------	-------------------	---------------------

Единствен Даночен број

Банка депонент

Трезорска сметка

Електронска пошта на ЗУ (е-маил на ЗУ)

Во прилог на оваа барање Ви ја доставуваме следната документација:

I. ЗА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

1. Копија од конечно решение (дозвола за почнување со работа на здравствената установа која е вклучена во мрежата на здравствени установи), издадено од Министерство за здравство;
2. Тековна состојба на правното лице од Централен регистар, не постара од 30 дена со задолжителна пререгистрација во здравствени установи;

II. ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

1. Список на сите вработени лекари во здравствената установа;
2. Список со потребни податоци за издавање на одобрение за факсимил со прилог копија на последната важечка лиценца за секој доктор;
3. Список со број на уверение за положен стручен испит за медицинските сестри.

III. ДРУГИ ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ

1. План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурени лица за болничка здравствена заштита за период од јануари до декември 2013 година по квартали (по обрасците на веб страницата на ФЗОМ);
2. Деловен план (по образецот од веб страницата на ФЗОМ)

Потребните документи означени во точка 1 и точка 2 задолжително да се достават во електронска форма на следниот е-маил dogovori@fzo.org.mk и во хартиена форма.

НАПОМЕНА: 1. Обрасците од делот III се дадени во прилог на ова барање.

НАПОМЕНА: 2. Документите кои се составен дел од Барањето треба да бидат приложени по горе наведениот редослед.

Некомплетните барања нема да се земаат во предвид при постапката за склучување на Договори за 2013 година.

Директор,

Име и презиме

М.П.

Образец-1

Податоци за здравствената установа

Основни податоци за здравствена установа

1.	Назив на здравствена установа	
2.	Улица – Адреса	
3.	Населено место	
4.	Телефонски број	
5.	Email адреса	
6.	Дејност	
7.	ЕМБС	
8.	Шифра на дејноста	
9.	Датум на основање	
10.	Датум на решение за отпочнување на работа од МЗ	
11.	Број на решение за отпочнување на работа од МЗ	
12.	Единствен даночен број	
13.	Банка депонент	
14.	Жиро сметка	
Листа на дејности на ЈЗУ		
1.	Дејност	
2.	Дејност	
3.	Дејност	
4.	Дејност	
5.	Дејност	
6.	Дејност	
7.	Дејност	
8.	Дејност	
9.	Дејност	
10.	Дејност	
11.	Дејност	
12.	Дејност	

Образец 1 за Лекари

Образец – Список лекари вработени во здравствената установа

Име /татково име/презиме	факсимил	специјалност	титула	дејност

Директор,

Име и презиме

М.П.

Образец – Список со потребни податоци за издавање на одобрение за факсимил

Име /татково име/презиме	ЕМБГ	специјалност	титула	дејност	Домашна адреса и Телефон	Број на лиценца и важност	Вработување одредено/ неодредено

Директор,

Име и презиме

М.П.