

**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 во **специјалистичко - консултативна здравствена заштита** со Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Понудата се однесува за дејноста \_\_\_\_\_.

**I. ПОДАТОЦИ ЗА ПРИВАТНАТА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА**

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

\_\_\_\_\_

Единствен Даночен број

\_\_\_\_\_

Банка депонент

\_\_\_\_\_

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 Министерството 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 лекарските тимови со податоци дефинирани во Образец – барањето за склучување на договор, заверено од здравствената установа со печат и потпис
2. Копија од уверение за положен стручен испит (за медицинската сестра);
3. Копија од важечка лиценца за работа од соодветната комора.

## III. ДРУГИ ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ

1. План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за специјалистичка здравствена заштита за период од јануари до декември 2013 година по квартали и дејности (по обрасците на веб страницата на ФЗОМ);

Потребните документи задолжително да се доставуваат во електронска форма на следниот е-маил [dogovori@fzo.org.mk](mailto:dogovori@fzo.org.mk) и во хартиена форма.

Директор,

Име и презиме

М.П.

Образец 1 за ЗУ

## I ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА СО РАБОТНИ ЕДИНИЦИ

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	
11	Жиро сметка	
<b>Листа на работни единици на ПЗУ</b>		
1	Назив	
2	Адреса	
3	Дејност	
1	Назив	
2	Адреса	
3	Дејност	
1	Назив	
2	Адреса	
3	Дејност	
1	Назив	
2	Адреса	
3	Дејност	
*Овие податоци се внесуваат онолку пати колку што има работни единици.		

## II ПОДАТОЦИ ЗА ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТ

<b>Податоци за лекар</b>		
1	Работна Единица	
2	Број на факсимил	
3	Презиме	
4	име на родител	
5	Име	
6	ЕМБГ	
7	ЕЗБО	
8	Специјалност	
9	Домашна адреса	
10	Општина	
11	Населено место	
12	Број на лиценца	
13	Телефон	
14	Email адреса.	
<b>Податоци за медицинската сестра</b>		



Директор,

---

Име и презиме

М.П.