

**ДО
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
НА МАКЕДОНИЈА**

**ул. Македонија 66
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 _____, застапувана од
директорот.

Ви доставуваме барање за склучување на договор за обезбедување на здравствени услуги во
примарна здравствена заштита со Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Барањето се однесува за дејноста _____.

I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

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

Единствен Даночен број

Банка депонент

С метка

Електронска пошта на ЗУ (е-маил на ЗУ)

Во прилог на оваа понуда Ви ја доставуваме следната документација:

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 ПЗУ;

ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

1. Список на лекарските тимови со податоци дефинирани во Образец – Барање 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,
4. Изјава дадена од замената за прифаќање на замена на избран лекар, дефинирана во Образец- понуда за склучување на договор.

Во прилог : -фотокопии од потребните документи и образец 1 за сите избрани лекари,
 - список на лекарските тимови со податоци дефинирани во Образец – понуда за склучување на договор, заверено од здравствената установа со печат и потпис
 -изјава дадена од замената за прифаќање на замена на избран лекар, дефинирана во Образец- понуда за склучување на договор.

Директор,

Име и презиме

М.П.

Образец 1

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	
Листа на работни единици на ПЗУ		
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 ЛЕКАРСКИОТ ТИМ

Податоци за избраниот лекар		
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.	
Податоци за медицинската сестра		
1	Име	
2	Презиме	
3	ЕМБГ	
4	ЕЗБО	
5	Уверение за положен стручен испит	
Податоци за редовна замена на избран лекар		
1	Име	
2	Презиме	
3	Број на факсимил	

Образец - изјава дадена од замената за
прифаќање на замена на избран лекар

ИЗЈАВА

Од Др. _____, со број на факсимил _____, вработен во ПЗУ
_____ од _____, изјавувам дека се согласувам да бидам
замена на Др. _____, со број на факсимил _____, вработен
во ПЗУ _____ од _____.

Изјавил,
