

**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 - издавање на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во примарната здравствена заштита.

Барањата се однесува за дејност -  
**ИЗДАВАЊЕ ЛЕКОВИ ОД ЛИСТАТА НА ЛЕКОВИ КОИ ПАЃААТ НА ТОВАР НА ФЗОМ  
ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

**I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА - АПТЕКА**

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

\_\_\_\_\_

Единствен Даночен број

\_\_\_\_\_

Банка депонент

\_\_\_\_\_

Сметка

\_\_\_\_\_

Електронска пошта на ЗУ (е-маил на ЗУ)

**ДОКУМЕНТИ КОИ ТРЕБА ДА СЕ ПРИЛОЖАТ ЗАЕДНО СО ОВА БАРАЊЕ СЕ:**

**I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА**

- 1.Копија од решение за вршење дејност во мрежата за промет на лекови на мало – ПЗУ аптека (со сите промени), издадено од Министерството за здравство;
- 2.Тековна состојба на правното лице од Централен регистар на РМ, не постара од 30 дена, со задолжителна пререгистрација во ПЗУ ;

## II. ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА - АПТЕКА

1. Список на сите вработени во здравствената установа, заверено од здравствената установа со печат и потпис
2. Копија од уверение за положен стручен испит за фармацевтски техничар;
3. Копија од важечка лиценца за работа од Фармацевтска комора за фармацевт.

М.П

Директор,

Име и презиме

Образец 1

## I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА СО РАБОТНИТЕ 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 ФАРМАЦЕВТСКИОТ ТИМ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА**

Податоци за фармацевтот		
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 фармацевтски техничар		
1	Име	
2	Презиме	
3	ЕМБГ	

4	ЕЗБО	
5	Уверение за положен стручен испит	
<b>Податоци за замена за долготрајно боледување</b>		
1	Име и презиме на лекарот кој е замена	
2	Број на факсимил на замената	
3	Име и презиме на мед.сестра	
4	ЕМБГ на мед.сестра	
5	Датум на почеток на замена	
6	Датум на завршување на замена	

**НАПОМЕНА: 1. Образецот 1, во делот II - податоци за фармацевтскиот тим се пополнува во онолку примероци колку што има фармацевтски тимови.**

**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 Договор за 2013 година.

Образец – Список на фармацевтски тимови

Име и презиме на фармацевт	Факсимил	Име и презиме на фармацевтски техничар	Шифра

Директор,

---

**М.П.**

**Име и презиме**