

**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 _____, застапувана
од директорот.

Ви доставуваме барање за склучување на договор за обезбедување на здравствени услуги
во **специјалистичко - консултативна стоматолошка здравствена заштита** со Фондот за
здравствено осигурување на Македонија.

Барањата 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 ова 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 ПЗУ;
3. Договор за заботехничка лабораторија (за протетика и ортодонција);

II. ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

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 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 за специјалистичко консултативна стоматолошка здравствена заштита за период од јануари 2013 до декември 2013 година (по обрасците на веб страницата на ФЗОМ);

Потребните документи задолжително да се достават во електронска форма на е-маилот dogovori@fzo.org.mk и во хартиена форма.

Директор,

Име и презиме

М.П.

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 ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТ

Податоци за 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 замена за долготрајно боледување		
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 лекарските тимови се пополнува во онолку примероци колку што има лекарски тимови во здравствената установа.

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.

Име и презиме на лекар	Факсимил	Име и презиме на медицинска сестра	ЕМБГ на медицинска сестра

Директор,

Име и презиме

М.П.