

**ДО
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
НА МАКЕДОНИЈА**

**Ул.Македонија бб
1000 Скопје**

**П О Н У Д А
за склучување на договор**

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

Ви доставуваме понуда 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.

Понудата 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

Жиро сметка

РАБОТНИ ЕДИНИЦИ НА ПЗУ- АПТЕКА

1. _____ дејност _____

адреса _____

2. _____ дејност _____

адреса _____

3. _____ дејност _____

адреса _____

ДОКУМЕНТИ КОИ ТРЕБА ДА СЕ ПРИЛОЖАТ ЗАЕДНО СО ОВАА ПОНУДА СЕ:

I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

1. Решение за вршење дејност промет на лекови на мало – аптека (со сите промени), издадено од Министерството за здравство;
2. Тековна состојба на правното лице не постара од 30 дена ;

II. ПОДАТОЦИ ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

1. М1-М2 потврда за поднесена пријава - одјава на осигурување и работен однос со полно работно време за сите вработени во здравствената установа;
2. Пријава - одјава (ЗО -1) за задолжително здравствено осигурување за сите вработени во здравствената установа;
3. Договори за работа за сите вработени;
4. Уверение за положен стручен испит за фармацевтски техничар;
5. Лиценца за работа за дипломирани фармацевти издадена од Фармацевтска комора на РМ:

М.П

Директор,

Име и презиме

I. ПОДАТОЦИ ЗА РАБОТНИТЕ ЕДИНИЦИ НА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

Назив на здравствената установа	
Работна единица	
Дејност	
Населено место	
Адреса и број	
Телефон	

II. податоци за фармацевтскиот тим

Број на факсимил на фармацевтот	
Презиме	
Татково име	
Име	
ЕМБГ (единствен матичен број) и број на лична карта	
Домашна адреса	
Општина	
Населено место	
Број на лиценца	
Телефон	
Фармацевтски техничар (име и презиме) и ЕМБГ	

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 Понудата треба да бидат приложени по горе наведениот редослед.

Некомплетните понуди нема да се земаат во предвид при постапката за склучување на Договор за 2010 година.