

**ДО  
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА МАКЕДОНИЈА**

ул. Македонија бб  
1000 Скопје

**П О Н У Д А**  
**за склучување на рамковен договор за 2012 година**

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

Ви доставуваме понуда за склучување на договор за обезбедување на здравствени услуги со Здравствена установа во болничка здравствена заштита за здравствени услуги кои не се вршат во јавните здравствени установи и за кои Фондот нема склучено договор со приватни здравствени установи по референтни цени

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

**I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА**

<b>ЕМБС</b>	<b>Шифра на дејноста</b>	<b>Дата на пријавување</b>
-------------	--------------------------	----------------------------

\_\_\_\_\_

**Единствен Даночен број**

\_\_\_\_\_

**Банка депонент**

\_\_\_\_\_

**Трезорска сметка**

\_\_\_\_\_

**Електронска пошта на ЗУ (е-маил на ЗУ)**

## **ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ ЗА СКЛУЧУВАЊЕ НА РАМКОВЕН ДОГОВОР ВО БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

### **ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА**

1. Копија од конечно решение (дозвола за почнување со работа на здравствената установа), издадено од Министерство за здравство;
2. Тековна состојба на правното лице од Централен регистар, не постара од 30 дена со задолжителна пререгистрација во здравствени установи;

### **ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА**

1. Список на стручниот медицински кадар кој ќе ги извршува здравствените услуги од Листата на здравствени услуги Б кои се предмет на договорот;
2. Копија на последната важечка лиценца за стручниот медицински кадар

**Напомена - 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 Договори за 2012 година.**

**Директор,**

---

**Име и презиме**

**М.П.**

Образец – Список со потребни податоци за издавање на одобрение за факсимил

Име /татково име/презиме	ЕМБГ	специјалност	титула	Домашна адреса и Телефон	Населено место / Општина	Број на лиценца и важност	Вработување одредено/ неодредено	Дата на вработување во здравствената установа

Директор,

\_\_\_\_\_

Име и презиме

М.П.