

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. Копија од решение за вршење дејност 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 со датум на започнување на работен однос во здравствената установа, заверено од здравствената установа со печат и потпис
2. Копија на образец М1-М2, за поднесена пријава - одјава на осигурување и работен однос со полно работно време, за сите вработени во здравствената установа (заверено од здравствената установа со печат и потпис и со назнака „Верно на оригиналот,“);
3. Копија од уверение за положен стручен испит за фармацевтски техничар;
4. Копија од важечка лиценца за работа од Фармацевтска комора за фармацевт.

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 2011/2012 година.

Образец – Список на фармацевтски тимови

Име и презиме на фармацевтски тимови	ЕМБГ	Дата на вработување во здравствената установа	Договор за вработување определено/неопределено

Директор,

\_\_\_\_\_  
Име и презиме

М.П.