

**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 со **Здравствена установа - болничка здравствена заштита** со Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Понудата се однесува за дејноста _____.

I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

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

Единствен Даночен број

Банка депонент

Жиро сметка

Во прилог на оваа понуда Ви ја доставуваме следната документација:

I. ЗА ЗДРАВСТВЕНА 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;

II. ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

1. Список на сите вработени со датум на започнување на работен однос;
2. Список со потребни податоци за издавање на одобрение за факсимил со прилог копија на последната важечка лиценца за секој доктор;
3. Список со број на уверение за положен стручен испит за медицинските сестри.

III . ДРУГИ ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ

1. План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за специјалистичка и болничка здравствена заштита по ДСГ и болничка здравствена заштита за останати случаи за период од април 2011 до март 2012 година (по обрасците на веб страницата на ФЗОМ);
2. Деловен план (по образецот од веб страницата на ФЗОМ);

Потребните документи означени во точка 1 и точка 2 задолжително да се достават на CD.

НАПОМЕНА: 1. Обрасците од делот III се дадени во прилог на оваа понуда.

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 Договори за 2011/2012 година.

Директор,

Име и презиме

М.П.

Образец 1 за ЗУ

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.