

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 **лабораториски испитувања** по упат на избран лекар за потребите на примарната здравствена заштита (ЛУ-1) со Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Понудата се однесува за дејноста **ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА ПО УПАТ НА ИЗБРАН ЛЕКАР ( ЛУ-1)**

**I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Единствен Даночен број

Банка депонент

\_\_\_\_\_

**Жиро сметка**

## РАБОТНИ ЕДИНИЦИ НА ЗУ

1. \_\_\_\_\_ место \_\_\_\_\_

адреса \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ место \_\_\_\_\_ адреса

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ место \_\_\_\_\_ адреса

\_\_\_\_\_

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 Министерството за здравство;
2. Тековна состојба на правното лице од Централен регистар, не постара од 30 дена со задолжителна пререгистрација во ПЗУ;

### II. ПОДАТОЦИ ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

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 диплома за завршено соодветно образование за лабораторискиот тим во лабораторија согласно Правилникот за поблиските просторни услови, опремата и кадрите за основање и работење на здравствените установи за:

#### **а. Дијагностичка лабораторија како самостојна специјалистичка здравствена установа**

- еден доктор на медицина, специјалист по медицинска биохемија со соодветна лиценца и еден медицински лаборант - техничар со положен стручен испит или
- еден дипломиран фармацевт, специјалист по медицинска биохемија со соодветна лиценца и еден медицински лаборант - техничар со положен стручен испит.

**6. Дијагностички лаборатории во состав на друга здравствена установа**

- специјалист по медицинска биохемија и најмалку еден лабораториски техничар со положен стручен испит или
- дипломиран фармацевт со положен стручен испит со една година искуство во биохемиска лабораторија под надзор на специјалист по медицинска биохемија и најмалку еден лабораториски техничар со положен стручен испит или
- еден дипломиран биолог, биохемиско физиолошка насока со една година искуство во биохемиска лабораторија под надзор на специјалист по медицинска биохемија и најмалку еден лабораториски техничар со положен стручен испит или
- еден дипломиран хемичар насока применета хемија (аналитичко структурна и препаративна насока) со една година искуство во биохемиска лабораторија под надзор на специјалист по медицинска биохемија и најмалку еден лабораториски техничар со положен стручен испит.

4. Уверение за положен стручен испит за лабораториски техничар;

5. Потврда за искуство и надзор од специјалист по медицинска биохемија за носителите на дејност (дипломиран биолог, дипломиран хемичар и дипломиран фармацевт);

6. Лиценца за работа од надлежната комора (само за лекар-специјалист по медицинска биохемија).

Во прилог Ви доставуваме копија од потребните документи.

**Директор,**

---

**Име и презиме**

**М.П.**

Образец 1

**I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА СО РАБОТНИТЕ ЕДИНИЦИ**

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

**II. ПОДАТОЦИ ЗА ЛАБОРАТОРИСКИОТ ТИМ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА**

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

**НАПОМЕНА: 1.** Образецот 1, во делот II - податоци за лабораториски тим се пополнува во онолку примероци колку што има лабораториски 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 Договори за 2011/2012 година.

**Образец – Список на лабораториски тимови**

<b>Име и презиме на лабораториски тимови</b>	<b>ЕМБГ</b>	<b>Дата на вработување во здравствената установа</b>	<b>Договор за вработување Определено/неопределено</b>

**Директор,**

\_\_\_\_\_  
**Име и презиме**

**М.П.**