

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 _____, застапувана од
директорот.

Ви доставуваме понуда за склучување на договор за обезбедување на здравствени
услуги во **примарна 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

РАБОТНИ ЕДИНИЦИ НА ПЗУ

1. _____ дејност _____

адреса _____

2. _____ дејност _____ адреса _____

3. _____ дејност _____ адреса _____

Во прилог на оваа понуда Ви ја доставуваме следната документација:

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;

ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

1. Список на лекарските тимови со податоци дефинирани во Образец – понуда за склучување на договор, 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 медицинската сестра);
4. Копија од важечка лиценца за работа од соодветната комора,
5. Изјава дадена од замената за прифаќање на замена на избран лекар, дефинирана во Образец- понуда за склучување на договор.

Во прилог : -фотокопии од потребните документи и образец 1 за сите избрани лекари,

- список на лекарските тимови со податоци дефинирани во Образец – понуда за склучување на договор, заверено од здравствената установа со печат и потпис

-изјава дадена од замената за прифаќање на замена на избран лекар, дефинирана во Образец- понуда за склучување на договор.

Директор,

Име и презиме

М.П.

Образец 1

I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА СО РАБОТНИ ЕДИНИЦИ

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

II. ПОДАТОЦИ ЗА ЛЕКАРСКИОТ ТИМ

Број на факсимил	
Презиме	
Татково име	
Име	
ЕМБГ (единствен матичен број) и број на лична карта	
Специјалност	
Домашна адреса	
Општина	
Населено место	
Број на лиценца	
Телефон	
Медицинска сестра (име и презиме) и ЕМБГ	
Замена на избран лекар (име и презиме)	
Број на факсимил	
Здравствена установа	
Податоци за специјализација по семејна медицина	
Податоци за замена за долготрајно боледување или специјализација за :	
Лекар - замена	
Број на факсимил на замената	
Медицинска сестра со ЕМБГ на замената	

НАПОМЕНА: 1. Образецот 1, во делот II - податоци за избраниот лекар се пополнува во онолку примероци колку што има избрани лекари.

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 лекарски тимови

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

Директор,

Име и презиме

М.П.

**Образец - изјава дадена од замената за
прифаќање на замена на избран лекар**

ИЗЈАВА

Од Др. _____, со број на факсимил _____, вработен во
ПЗУ _____ од _____, изјавувам дека се
согласувам да бидам замена на Др. _____, со број на факсимил
_____, вработен во ПЗУ _____ од
_____.

Изјавил,
