

РАБОТНИ ЕДИНИЦИ НА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

1. _____ дејност _____

адреса _____

2. _____ дејност _____ адреса

3. _____ дејност _____ адреса

4. _____ дејност _____ адреса

5. _____ дејност _____

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 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 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 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.

III. ДРУГИ ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ

За јавни здравствени установи

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

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

За приватни здравствени установи

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

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

Директор,

Име и презиме

М.П.

Образец 1 за ЗУ

I ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА СО РАБОТНИ ЕДИНИЦИ

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

II ПОДАТОЦИ ЗА ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТ

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	

НАПОМЕНА: 1. Образецот 1, во делот II - податоци за лекар специјалист се пополнува во онолку примероци колку што има лекари специјалисти (само за ПЗУ).

НАПОМЕНА: 2. Обрасците во делот III од точките 1и 2 се дадени во прилог на оваа понуда.

НАПОМЕНА: 3. 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 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.