

**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 во **специјалистичко - консултативна здравствена заштита** со Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Понудата се однесува за дејноста \_\_\_\_\_.

**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 ПЗУ**

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. Конечно решение со сите промени (дозвола за почнување со работа на здравствената установа) издадено од Министерството за здравство;
2. Тековна состојба на правното лице од Централен регистар заклучно не постара од 30 дена.

### **II. ПОДАТОЦИ ЗА ВРАБОТЕНИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА**

1. 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 со назнака “верно на оригиналот“ (за ПЗУ);
2. Пријава-одјава (ЗО-1) за задолжително здравствено осигурување за сите вработени во здравствената установа (за ПЗУ);
3. Договори за работа за сите вработени ( за ПЗУ);
4. Уверение за положен стручен испит за соодветниот средно медицински кадар (за ПЗУ);
5. Важечка лиценца за работа од Лекарска комора за лекарот (за ПЗУ);
6. Список со броеви на лиценци на докторите( за ЈЗУ);
7. Список со број на уверение за положен стручен испит за медицинските сестри (за ЈЗУ).

### **III. ДРУГИ ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ**

1. План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за 2010 година за специјалистичко-консултативни здравствени услуги;
2. План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за 2010 година за специјалистичко-консултативни здравствени услуги во болнички установи;
3. План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за 2010 година за итна и превентивна здравствена заштита;
4. Бизнес план за период 2010-2012 година;

**Директор,**

---

**Име и презиме**

**М.П.**

**Образец 1  
за ПЗУ**

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

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 1, 2, 3 и 4 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 2010 година.