

**ДО
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА**

ул. „Македонија“ бр. 5
1000, Скопје

Б А Р А Њ Е
од здравствена установа вклучена во мрежата
за склучување договор за _____ година

Здравствена установа _____
со седиште во _____, населено место _____
ул. _____ бр. _____, телефон _____, застапувана од директорот
_____.

Ви доставуваме барање за склучување договор за обезбедување на здравствени услуги во **примарна здравствена заштита** со Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија.

Барањето се однесува за дејноста _____.

I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

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

Единствен даночен број

Банка депонент

Сметка

Електронска пошта на ЗУ (е-пошта на ЗУ)

Во прилог на оваа понуда, Ви ја доставуваме следната документација:

1. Копија од Конечно решение (дозвола за почнување со работа на здравствената установа која е вклучена во мрежата на здравствени установи), 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–Барање за склучување договор, заверено од здравствената установа со печат и потпис;
2. Уверение за положен стручен испит (за медицинската сестра)-заверено на нотар;
3. Важечка лиценца за работа од соодветната комора-заверено на нотар;
4. Изјава дадена од замената за прифаќање на замена на избран лекар, дефинирана во Образец-Барање за склучување договор.

Во прилог:

- фотокопии од потребните документи и Образец 1 за сите избрани лекари;
- список на лекарските тимови со податоци дефинирани во Образец–Барање за склучување договор, заверено од здравствената установа со печат и потпис;
- изјава дадена од замената за прифаќање замена на избран лекар, дефинирана во Образец-Барање за склучување договор.

Директор,

презиме
М.П.

Име и

Образец 1

I. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА СО РАБОТНИ ЕДИНИЦИ

Основни податоци за здравствена установа		
1	Назив на здравствена установа	
2	Адреса-улица	
3	Населено место	
4	Телефонски број	
5	Е-пошта	
6	Дејност	
7	ЕМБС	
8	Шифра на дејноста	
9	Датум на основање	

10	Датум на решение за отпочнување на работа од МЗ	
11	Број на решение за отпочнување на работа од МЗ	
12	Единствен даночен број	
13	Банка депонент	
11	Жиро-сметка	
Листа на работни единици на ПЗУ		
1	Назив	
2	Адреса	
3	Дејност	
1	Назив	
2	Адреса	
3	Дејност	
1	Назив	
2	Адреса	
3	Дејност	
1	Назив	
2	Адреса	
3	Дејност	
	*Овие податоци се внесуваат онолку пати колку што има работни единици.	

II. ПОДАТОЦИ ЗА ЛЕКАРСКИОТ ТИМ

Податоци за избраниот лекар		
1	Работна единица	
2	Број на факсимил	
3	Презиме	
4	Име на родител	
5	Име	
6	ЕМБГ	
7	ЕЗБО	
8	Специјалност	
9	Домашна адреса	
10	Општина	
11	Населено место	
12	Број на лиценца	
13	Телефон	
14	Е-пошта	
Податоци за медицинската сестра		
1	Име	
2	Презиме	
3	ЕМБГ	
4	ЕЗБО	
5	Уверение за положен стручен испит	
Податоци за редовна замена на избран лекар		
1	Име	
2	Презиме	
3	Број на факсимил	
4	Здравствена установа	
Податоци за специјализација по семејна медицина		

1	Почеток на специјализација	
2	Крај на специјализација	
Податоци за замена за долготрајно боледување		
1	Име и презиме на лекарот кој е замена	
2	Број на факсимил на замената	
3	Име и презиме на мед. сестра	
4	ЕМБГ на мед. сестра	
5	Датум на почеток на замена	
6	Датум на завршување на замена	
Податоци за замена за специјализација		
1	Почеток на специјализација	
2	Крај на специјализација	
3	Име и презиме на лекарот кој е замена	
4	Број на факсимил на замената	
5	Име и презиме на мед. сестра	
6	ЕМБГ на мед. сестра	
7	Лекарот на специјализација со ознака „С“ има факсимил	

Образец – Список на лекарски тимови

Име и презиме на избраниот лекар	Факсимил	Име и презиме на медицинска сестра	ЕМБГ на медицинска сестра

Директор,

презиме
М.П.

Име и

НАПОМЕНА:

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 Барањето треба да бидат приложени по горенаведениот редослед.

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

ИЗЈАВА

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

Изјавил,
