

**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:

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 и со назнака “верно на оригиналот”);
2. Пријава-одјава (ЗО-1) за задолжително здравствено осигурување за сите вработени во здравствената установа;
3. Уверение за положен стручен испит (медицинската сестра);
4. Важечка лиценца за работа од Лекарска комора (за лекарот).
5. Договори за работа за сите вработени.

Во прилог доставуваме фотокопии од потребните документи и образец 1 за сите избрани лекари.

Директор,

Име и презиме

М.П.

Образец 1**I. ПОДАТОЦИ ЗА РАБОТНИТЕ ЕДИНИЦИ НА ПРАВНОТО ЛИЦЕ**

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	
Лабораторија со која има склучено договор за соработка	
Податоци за лекарот на долготрајно боледување или специјализација за :	
Лекар	
Број на факсимил	
Медицинска сестра	

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 2010 година.