

Пуни назив подносиоца Захтјева	
Адреса	
Телефон/e-mail	

**ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА
РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ
Сектор за уговарање здравствених услуга и јавне набавке
Ул. Здраве Корде бр. 8
Бања Лука**

ЗАХТЈЕВ

за уговарање услуга издавања лијекова на рецепт и одређених медицинских средстава на рецепт/налог осигураним лицима Фонда здравственог осигурања Републике Српске

Обраћамо вам се са Захтјевом да за период

од _____ 2017. до 31. 12. 2017. године, закључимо Уговор о снабдијевању
(дан/мјесец)

осигураних лица лијековима и одређеним врстама медицинских средстава, за следеће апотеке:

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |
| 9. _____ | 10. _____ |
| 11. _____ | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ |
| 15. _____ | 16. _____ |
| 17. _____ | 18. _____ |
| 19. _____ | 20. _____ |

Напомена: Уколико имате више апотека треба сачинити посебан списак и приложити уз пријаву.

Датум: _____

М.П. _____
Име и презиме лица овлаштеног
за заступање

ПРИЛОГ:

- 1. Овјерене копије** Рјешења Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске о испуњености услова за обављање промета на мало лијекова и медицинских средстава;
- 2. Извод** из судског регистра, не старији од 60 дана;
- 3. Увјерење** издано од стране Пореске управо Републике Српске, о уплаћеним порезима и доприносима;
- 4. Уговор** о отвореном рачуну за послове унутрашњег платног промета, код банке преко које ће се вршити плаћање;
- 5. Изјаву** о прихватању издавања лијекова на рецепт и медицинска средства на рецепт/налог осигураним лицима ФЗО РС по Цјеновнику Фонда уз накнаду за издавање лијека на рецепт утврђену Одлуком надлежног органа Фонда;
- 6. Изјаву** о прихватању одгођеног плаћања од 90 дана и
- 7. Изјаву** о прихватању примјене позитивних прописа у вези процедура одобравања права на лијекове утврђено актима ФЗО РС.