

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 испоруке медицинских средстава која се **производе** - израђују по мјери осигураним лицима Фонда здравственог осигурања Републике Српске

Обраћамо вам се са Захтјевом да за период

од \_\_\_\_\_ 2015. до 31. 12. 2015. године, закључимо Уговор о испоруци  
(дан/мјесец)  
медицинских средстава осигураним лицима Фонда здравственог осигурања Републике Српске.

Како су медицинска средства за чију израду смо регистровани код надлежног органа, ЛИСТОМ МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА наведених у Прилогу број: 1 Правилника о праву на медицинска средства («Службени гласник РС», број: 114/12, 59/14, 94/14, 100/14) по начину израде сврстана у помогала која се **«израђују по мјери»**, овај Захтјев подносимо за уговарање испоруке медицинских средстава из групе и подврсте испред које је означен квадратић, на следећи начин:

**Ортопедска медицинска средства** – која су по начину израде сврстана у **«израда по мјери»** и подјељена у следеће подврсте:

- протезе за доње екстремитете
- протезе за горње екстремитете
- ортопротезе и ортозе
- ортопедска обућа
- штаке, штапови и ходаљке
- додаци уз инавлидска колица и резервни дијелови

**Остала медицинска средства**

**Дентална медицинска средства**

**НАПОМЕНА:** Означити квадратић испред групе и подврсте.

Датум: \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_  
Име и презиме лица овлаштеног  
за заступање

## **ПРИЛОГ:**

- 1. Овјерена копија** Рјешења Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске о испуњености услова за обављање дјелатности производње медицинских средстава за понуђача или његове пословне јединице на територији Републике Српске;
- 2. Потврда** о упису у регистар произвођача медицинских средстава код Агенције за лијекове Босне и Херцеговине;
- 3. Извод** из судског регистра, не старији од 60 дана;
- 4. Потврда** о регистрованом ЛИБ-у;
- 5. Уговор** о отвореном рачуну за послове унутрашњег платног промета, код банке преко које ће се вршити плаћање;
- 6. Изјава** о прихватању издавања медицинских средстава осигураним лицима ФЗО РС по Цјеновнику Фонда;
- 7. Изјава** о прихватању одгођеног плаћања од 90 дана и
- 8. Изјава** о прихватању примјене позитивних прописа у вези процедура одобравања права на медицинско средство утврђено актима ФЗО РС;