

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 се за период од _____ 2017. до 31.12.2017. године,
(дан/мјесец)

закључи Уговор о испоруци 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 и 61/16) 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 подјелена 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:

- Овјерена копија Рјешења Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске о испуњености услова за обављање, у Захтјеву, наведене дјелатности,
- Потврда о упису у регистар произвођача медицинских средстава код агенције за лијекове и медицинска средства Босне и Херцеговине,
- Извод из судског регистра не старији од 60 дана,
- Потврда о регистрованом ЈИБ-у,
- Уговор о отвореном рачуну за послове унутрашњег платног промета, код банке преко које ће се вршити плаћање,
- Увјерење Пореске управе Републике Српске о измиреним обавезама у вези са плаћањем пореза и доприноса закључно са претходним кварталом,
- Изјава о прихватању издавања медицинских средстава осигураним лицима ФЗО РС по Цјеновнику Фонда,
- Изјава о прихватању одгођеног плаћања од 90 дана и
- Изјава о прихватању примјене позитивних прописа у вези процедура одобравања права на медицинско средство утврђено актима ФЗО РС.