

## P R I J A VA

**na Javni poziv za dostavljanje prijava za ugovaranje usluga izdavanja lijekova koji se mogu propisivati i izdavati na teret sredstava Zavoda za zdravstveno osiguranje**

**Županije Zapadnohercegovačke**

**(u daljnjem tekstu Prijava )**

### I

**1. Naziv ljekarne zdravstvene ustanove/organizacijskih jedinica \***:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Adresa, broj telefona/fax-a i e-mail:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. ID broj:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Podaci o ovlaštenoj osobi za zastupanje:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Podaci o rukovoditelju koji je odgovoran za stručni rad:**

**Ime i prezime, stručna sprema:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Ukoliko ljekarna ima više organizacijskih jedinica, za svaku ispunjava posebnu prijavu.

### II

**U privitku Prijave dostavlja se**:

**1. Opći podaci:**

1. Naziv i točna adresa ljekarne, broj telefona i faxa te podaci o rukovoditelju koji je odgovoran za stručni rad u ljekarni i podaci o ovlaštenoj osobi za zastupanje;
2. Popis ljekarničkih jedinica, ogranaka i depoa s adresama i brojevima telefona te podaci o rukovoditelju koji je odgovoran za stručni rad;
3. Rješenje o registraciji, odnosno Rješenje Ministarstva zdravstva, rada i socijalne skrbi Županije Zapadnohercegovačke o ispunjavanju propisanih uvjeta glede prostora, kadra i medicinsko-tehničke opreme;
4. Uvjerenje Ministarstva zdravstva rada i socijalne skrbi Županije Zapadnohercegovačke da se ljekarna vodi u Registru zdravstvenih ustanova Županije Zapadnohercegovačke;
5. Uvjerenje o poreznoj registraciji-identifikacijski broj;
6. Potvrda nadležne porezne uprave o izmirenim obvezama poreznog obveznika
7. Potvrda Uprave za neizravno oporezivanje BiH o izmirenim obvezama po osnovu neizravnih poreza;
8. Ispis dobavljača s priloženim zaključenim ugovorima o kontinuiranom snabdijevanju lijekovima;

1. Potvrda Centralne banke Bosne i Hercegovine o otvorenim računima i potvrda banke o solventnosti u posljednjih godinu dana (za svaki račun prijavitelja)
2. Uvjerenje nadležnog suda kojim se dokazuje da u kaznenom postupku nije pravomoćna presuda odgovornoj osobi u pravnoj osobi kojom je prijavitelju na javni poziv izrečena mjera zabrane obavljanja djelatnosti proizvodnje i prometovanja medicinskih sredstava;
3. Odluka o random vremenu ljekarne u svim organizacijskim oblicima;
4. Preslika ugovora o radu za uposlene u ljekarni u svim organizacijskim jedinicama;
5. Preslika prijava uposlenih osoba na MIO/PIO ( preslika obrasca prijave na poreznu upravu)

**Pored navedenog, dostavljamo i sljedeće izjave o :**

* + prihvaćanju izdavanja lijekova na recept osiguranim osobama Zavoda s pozitivne liste lijekova po cijenama utvrđenim Listom lijekova;
  + prihvaćanju odgođenog plaćanja po ispostavljenim fakturama do 90 dana;
  + prihvaćanju svih izmjena i dopuna pozitivne Liste lijekova u smislu Odluke Vlade ŽZH;
  + prihvaćanju dežurstva u ljekarni po nalogu Ministarstva zdravstva, rada i socijalne skrbi Županije zapadnohercegovačke;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mjesto i datum Potpis podnositelja prijave