

## 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 i e-mail**

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

**3. Radno vrijeme**

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

**4. ID broj**

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

**5. Podaci o ovlaštenoj osobi za zastupanje**

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

**6. 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. Za ljekarnu/zdravstvenu ustanovu:

- naziv i točna adresa ljekarne, broj telefona i faxa te podaci o ovlaštenoj osobi za zastupanje;

- naziv i adresa svih organizacijskih jedinica ljekarne te podaci o rukovoditelju koji je odgovaran za stručni rad u ljekarni;

1. Naziv i adresa ljekarne u privatnoj praksi, broj telefona i faxa te podaci o vlasniku ljekarne u privatnoj praksi;
2. Rješenje o upisu u sudski registar za ljekarničke zdravstvene ustanove;
3. 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 osnovi neizravnih poreza;
8. Potvrda Centralne banke Bosne i Hercegovine o otvorenim računima i potvrda banke o solventnosti u posljednjih godinu dana (za svaki račun prijavitelja);
9. Uvjerenje nadležnog suda kojim se dokazuje da u kaznenom postupku nije izrečena pravomoćna presuda odgovornoj osobi u pravnoj osobi kojom je prijavitelju na Javni poziv izrečena mjera zabrane obavljanja djelatnosti proizvodnje i prometovanja medicinskih sredstava;
10. Preslika ugovora o radu za uposlene u svim organizacijskim jedinicama zdravstvene ustanove/ljekarni;
11. Lista djelatnika prijavljenih na nadležnu Poreznu upravu za svaku organizacijsku jedinicu zdravstvene ustanove/ljekarnu.

Priložena dokumentacija predviđena točkama f), g), h) i l) ne smije biti starija od 3 mjeseca.

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

1. da prihvaćaju izdavanje lijekova na recept osiguranim osobama Zavoda sa Privremene liste lijekova po cijenama utvrđenim Listom lijekova;
2. da prihvaćaju odgođeno plaćanje po ispostavljenim fakturama do 90 dana;
3. da prihvaćaju sve izmjene i dopune Privremene liste u smislu Odluke Vlade Županije Zapadnohercegovačke;
4. da prihvaćaju osigurati dežurstvo u ljekarni po nalogu Ministarstva zdravstva, rada i socijalne skrbi Županije Zapadnohercegovačke;
5. da prihvaćaju uvjete definirane Javnim pozivom i predloženim nacrtom Ugovora o međusobnim odnosima u vezi sa opskrbom osiguranih osoba lijekova koji se mogu potpisivati na teret Zavoda;
6. o povjerljivosti koja je dostupna na web stranici Zavoda, a ista mora biti potpisana od strane djelatnika, te ovjerena od strane poslodavca kod kojeg je konkretni djelatnik angažiran.

Tražena dokumentacija treba biti dostavljena u izvorniku ili kao ovjerena preslika.

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

Mjesto i datum Potpis podnositelja prijave