

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
HERCEGBOSANSKA ŽUPANIJA
ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Kneza Mutimira bb, 80101 Livno
tel: 034/202-162, 204-899, fax: 034/202-189
e-mail: zzzohbz@tel.net.ba



PU **Bosansko Grahovo**, HVO-a bb, tel/fax: 850-227
PU **Drvar**, Kralja Tomislava 40, tel/fax: 819-598
PU **Glamoč**, Bana J. Jelačića bb, tel/fax: 272-293
PU **Kupres**, M. Bobana bb, tel/fax: 274-868
PU **Livno**, Kneza Mutimira bb, tel: 201-224
PU **Tomislavgrad**, S. Radića bb, tel/fax: 352-113

Livno,.....

PRIJAVA

na Javni poziv za dostavljanje prijava za uspostavljanja ugovornog odnosa s
Zavodom za zdravstvenog osiguranja Hercegbosanske županije

(u daljem tekstu **Prijava**)

1. Naziv ljekarne/ogranaka /depoa*:

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

3. ID broj (Identifikacijski broj porezne uprave):

4. Podaci o ovlaštenoj osobi za zastupanje:

5. Podaci o rukovoditelju koji je odgovoran za stručni rad:

Ime i prezime, stručna sprema:

* Ukoliko ljekarna ima više ogranaka/depoa za svaki ispunjava posebnu prijavu.

U privitku Prijave dostavlja se:

1. Opći podaci:

- a) Naziv i to na adresa ljekarne, broj telefona, faksa i e-mail, te podaci o rukovoditelju koji je odgovoran za stručni rad u ljekarni i podaci o ovlaštenoj osobi za zastupanje;
- b) Popis ljekarničkih jedinica, ogranaka i depoa s adresama i brojevima telefona i podaci o rukovoditelju koji je odgovoran za stručni rad;
- c) Ovjereni preslika rješenja o registraciji, odnosno rješenje Ministra, zdravstva, socijalne skrbi i prognanih o ispunjavanju propisanih uvjeta glede prostora, kadra i medicinsko-tehničke opreme;
- d) Uvjerenje o poreznoj registraciji i ID broj ljekarne i/ili ogranka i/ili depoa ljekarne;
- e) Potvrda nadležne porezne uprave o izmirenim obvezama poreznog obveznika;
- f) Potvrda banke o solventnosti;
- g) Potvrdu nadležnog suda da ponuditelj nije proglašen krivim za ozbiljan profesionalni prekršaj u razdoblju od pet (5) godina koji prethodi datumu podnošenja prijave na predmetni javni poziv;
- h) Ispis dobavljača s priloženim zaključenim ugovorima o kontinuiranom snabdijevanju lijekovima;

2. Uvjeti za obavljanje ljekarničke djelatnosti za magistra farmacije i farmaceutske tehničare iz članka 33. Zakona:

- a) Preslika diplome fakulteta za zvanje magistra farmacije,
- b) Svjedodžbu odgovarajuće srednje škole zdravstvenoga usmjerenja za zvanje farmaceutski tehničar;
- c) Dokaz o položenom stručnom ispitu i licenci;
- d) Dokaz o državljanstvu BiH i kopija osobne iskaznice;
- e) Dokaz o radu u navedenoj ljekarni (preslika ugovora o radu).

3. Pored navedenog, ponuditelj treba dostaviti i sljedeće izjave:

- a) Da prihvaća izdavanje lijekova na recept osiguranim osobama Zavoda s pozitivne Liste lijekova po cijenama utvrđenim Listom lijekova,
- b) Da prihvaća maržu uz 10 % nabavnu cijenu lijeka,
- c) Da prihvaća odgođeno plaćanje najmanje 90 dana,
- d) Da prihvaća sve izmjene i dopune Liste lijekova u smislu Odluka Vlade HBi i usklađivanja s esencijalnom Listom lijekova.

M.P.

Mjesto i datum

Potpis podnosioca prijave