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,.....

P R I J A VA

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

(u daljem tekstu Prijava)

1. **Naziv ljekarne/ogranka /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 točna 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) Rješenje o registraciji;
d) Rješenje Ministarstva, rada, zdravstva, socijalne skrbi i prognanih HBŽ o ispunjavanju propisanih uvjeta glede prostora, kadra i medicinsko-tehničke opreme;
e) Uvjerenje o poreznoj registraciji – ID broj ljekarne i/ili ogranka i/ili depoa ljekarne;
f) Potvrda nadležne porezne uprave o izmirenim obvezama poreznog obveznika;
g) Potvrda banke o solventnosti;
h) Potvrdu nadležnog suda da ponuditelj nije proglašen krivim za profesionalni prekršaj u razdoblju od pet (5) godina koji prethodi datumu podnošenja prijave na predmetni javni poziv;
i) Ispis dobavljača s priloženim zaključenim ugovorima o kontinuiranom snabdijevanju lijekovima;

Napomena: Tražena dokumentacija treba biti dostavljena u originalu ili ovjerenoj preslici, s tim da je dokumentaciju pod točkama c), d) i e) potrebno dostaviti samo za ljekarne, privatne ljekarničke prakse ili ogranke osnovane od posljednjeg Javnog poziva. Dokumentacija pod točkama f), g) i h) ne smije biti starija od tri mjeseca!

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) Preslika svjedodžbe odgovarajuće srednje škole zdravstvenoga usmjerenja za zvanje farmaceutski tehničar;
c) Dokaz o položenom stručnom ispitu;
d) Uvjerenje o državljanstvu BiH i preslika osobne iskaznice;
e) Preslika licence,
f) Preslika ugovora o radu u navedenoj ljekarni.

Napomena: Navedene dokaze dostaviti samo za djelatnike prijavljene od posljednjeg Javnog poziva.

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

- Da prihvaća izdavanje lijekova na recept s pozitivne Liste lijekova Hercegbosanske županije osiguranim osobama Zavoda po cijenama utvrđenim Listom lijekova,
- Da prihvaća maržu od 13 % na nabavnu cijenu lijeka,
- Da prihvaća odgođeno plaćanje do 60 dana,
- Da prihvaća sve izmjene i dopune Liste lijekova u smislu Odluka Vlade HBŽ i usklađivanja s esencijalnom Listom lijekova.

Ljekarna je obvezna izjave o prihvaćanju uvjeta Javnog poziva, kao bitne elemente ugovora, dostaviti u pisanom obliku, potpisane od strane odgovorne osobe i ovjerene pečatom ljekarne.

_____ M.P. _____

Mjesto i datum Potpis podnositelja prijave