МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

СЕКТОР ЗА ИНСПЕКЦИЈСКЕ ПОСЛОВЕ

ОДЕЉЕЊЕ ИНСПЕКЦИЈЕ ЗА ЛЕКОВЕ И МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА И ПСИХОАКТИВНЕ КОНТРОЛИСАНЕ СУПСТАНЦЕ И ПРЕКУРСОРЕ

ЗАХТЕВ

за утврђивање испуњености услова у погледу кадрова, опреме, просторија и лекова за почетак рада и обављање здравствене делатности у Апотекарској установи / приватној пракси /другом правном лицу

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Име и презиме / пословно име / назив** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Адреса / Седиште** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Контакт телефон** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Бр. личне карте** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Јединствени матични број грађана оснивача** |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| **Име и презиме одговорног лица у правном лицу** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Матични број правног лица** |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | | **ПИБ** | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| **Адреса електронске поште** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ИЗАБРАТИ ОБЛИК ОРГАНИЗОВАЊА за који се проверава испуњеност услова

ОБЛИЦИ ОРГАНИЗОВАЊА:

**(заокружити)**

|  |  |
| --- | --- |
| ПРИВАТНА ПРАКСА | |
| 1. | **Апотека приватна пракса** |

|  |  |
| --- | --- |
| АПОТЕКАРСКА УСТАНОВA И ДРУГА ПРАВНА ЛИЦА | |
| 2. | **Апотекарска установа** |
| 2.1. | **Организациона јединица апотекарске установе – апотека** |
| 2.2. | **Организациона јединица апотекарске установе – огранак апотеке** |
| 3. | **Aпотека дома здравља** |
| 4. | **Болничка апотека** |

Молим да се утврди испуњеност услова у погледу кадрова, опреме, просторија и лекова за почетак рада и обављање апотекарске делатности у\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (назив правног субјекта) на следећој адреси: у\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_\_\_\_, општина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За обављање апотекарске делатности обезбеђен је следећи КАДАР:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ред.  бр. | Име и презиме | Стручна спрема/специјалност | Положен стручни испит  (да/не) | Радно- правни статус | Лиценца (број и година издавања) | Лиценца важи до: |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |

За обављање апотекарске делатности обезбеђене су следећеПРОСТОРИЈЕ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Намена просторије | м2 |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

За обављање апотекарске делатности обезбеђена јеследећаОПРЕМА:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | 7. |  |
| 2. |  | 8. |  |
| 3. |  | 9. |  |
| 4. |  | 10. |  |
| 5. |  | 11. |  |
| 6. |  | 12. |  |

РАДИ ДОНОШЕЊА ПРАВИЛНЕ ОДЛУКЕ ПО ЗАХТЕВУ

ПОТРЕБНИ СУ СЛЕДЕЋИ ПРИЛОЗИ:

\* **Oрган може прибавити по службеној дужности** **документа означена звездицом**

|  |  |
| --- | --- |
| ЗА ПРИВАТНУ ПРАКСУ | ЗА АПОТЕКАРСКУ УСТАНОВУ |
| 1. Лична карта оснивача ~~-~~фотокопија  2. Лекарско уверење о општој здравственој способности  3. Доказ о стручној спреми – фотокопија дипломе о завршеном факултету, односно школи здравствене струке и уверења о положеном стручном, односно специјалистичком испиту ( оригинална документа на увид),  4\*. Лиценца надлежне коморе здравствених радника (оверена фотокопија) ,  5\*. Доказ о радно-правном статусу (уверење Националне службе за запошљавање или Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање да се за оснивача (и потребан кадар) не врши уплата доприноса по основу осигурања,  6\*. За здравственог радника, корисника старосне пензије – решење о пензији и потврда Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање да се за оснивача (и потребан кадар) не врши уплата доприноса по основу осигурања,  7\*. Уверење надлежног суда да правноснажном судском одлуком није осуђен за умишљајно кривично дело на казну затвора од једне године или тежу казну, нити на казну затвора за кривично дело против здравља људи, све док осуда не буде брисана у складу са законом, да му правноснажном судском одлуком није изречена мера безбедности у складу са Кривичним закоником, и то: обавезно психијатријско лечење и чување у здравственој установи, обавезно психијатријско лечење на слободи, обавезно лечење наркомана, обавезно лечење алкохоличара, односно забрана вршења позива, делатности и дужности због које не може обављати здравствену делатност,  8\*. Уверење надлежне коморе да му одлуком надлежног органа коморе није изречена једна од дисциплинских мера забране обављања здравствене делатности  9. Доказ о исправности обезбеђене прописане опреме (за нову опрему – гарантни лист, за коришћену – потврда овлашћеног сервисера о исправности опреме),  10. Доказ о правном основу коришћења простора (доказ о власништву или закупу простора, уз доказ о власништву)  11. Скица простора оверена од стране пројектанта као овлашћеног лица са лиценцом  12. Доказ о извршеној уплати републичке  административне таксе. | 1\*. За физичко лице као оснивача – фотокопија личне карте, а за правно лице као оснивача – фотокопија решења о упису у регистар надлежног органа ( Агенција за привредне регистре) и Потврда Министарства финансија – Пореске управе о извршеном евидентирању за ПДВ и одређивању пореског идентификационог броја (ПИБ),  2. Акт о оснивању здравствене установе прописане садржине,  3. Доказ о обезбеђеном кадру по врсти и броју здравствених радника:  - фотокопије дипломе о завршеном факултету, односно школи здравствене струке, уверења о положеном стручном испиту, уверења о положеном специјалистичком испиту, \*лиценце (оригинална документа на увид),Уговор о раду, М образац  -\* доказ о радно правном статусу - уверење Националне службе за запошљавање или Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање да се за потребан кадар не врши уплата доприноса по основу осигурања,  4. Доказ о исправности обезбеђене прописане опреме (за нову опрему – гарантни лист, за коришћену – потврда овлашћеног сервисера о исправности опреме)  5. Доказ о правном основу коришћења простора (доказ о власништву или закупу простора, уз доказ о власништву),  6. Скица простора оверена од стране пројектанта као овлашћеног лица са лиценцом  7. Доказ о извршеној уплати републичке административне таксе |
| При оснивању ОРГАНИЗАЦИОНЕ ЈЕДИНИЦЕ постојеће Апотекарске установе:  1\*. Решење о упису здравствене установе у регистар надлежног органа (Агенција за привредне регистре) и Потврда Министарства финансија – Пореске управе о извршеном евидентирању за ПДВ и одређивању пореског идентификационог броја (ПИБ),  2.Решење надлежног инспектора МЗ о оцени испуњености прописаних услова за почетак рада ЗУ,  3. Одлука надлежног органа здравствене установе о оснивању ОЈ,  4. Доказ о обезбеђеном простору, кадру и опреми:  (Тачке 3-7 које се односе на Апотекарску установу) 5.Списак запослених у целој установи по организационим јединицама са бројевима лиценци и роком важења истих и радним временом за целу установу по орг.јединицама. |

Упознат/а сам са одредбом члана 103. став 3. Закона о општем управном поступку („Службени гласник РС“, број 18/16 i 95/18), којом је прописано да у поступку који се покреће по захтеву странке орган може да врши увид, прибавља и обрађује личне податке о чињеницама о којима се води службена евиденција када је то неопходно за одлучивање, осим ако странка изричито изјави да ће те податке прибавити сама. Ако странка у року не поднесе личне податке неопходне за одлучивање органа, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним.

У вези са поступком који покрећем овим захтевом ради оцене испуњености прописаних услова за почетак рада и обављање здравствене делатности, дајем следећу

**И З Ј А В У**

**I** Сагласaн/а сам да орган за потребе поступка изврши увид, прибави и обради личне податке о чињеницама о којима се води службена евиднција, који су неопходни у поступку одлучивања. [[1]](#footnote-1)

**II** Иако је орган обавезан да изврши увид, прибави и обради личне податке, изјављујем да ћу сам/а за потребе поступка прибавити: [[2]](#footnote-2)

а) све личне податке о чињеницама о којима се води службена евидениција, а који су неопходни за одлучивање.

б) следеће податке:[[3]](#footnote-3)

1. .............................................................................................................................................
2. .............................................................................................................................................
3. .............................................................................................................................................

Упознат/а сам да уколико наведене личне податке неопходне за одлучивање органа не поднесем у року од 8 дана, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним.

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

(место) (име и презиме даваоца изјаве)

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

(датум) Адреса становања:

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Сагласно одредби члана 13. Закона о заштити података о личности („Службени гласник РС“; бр. 97/08, 104/09 – др. закон, 68/12 – одлука УС и 107/12), орган власти обрађује податке без пристанка лица, ако је обрада неопходна ради обављања послова из своје надлежности одређених законом у циљу остваривања интереса националне или јавне безбедности, одбране земље, спречавања, откривања, истраге и гоњења за кривична дела економских, односно финансијских интереса државе, заштите здравља и морала, заштите права и слобода и другог јавног интереса, а у другим случајевима на основу писменог пристанка лица.

2 Потребно је заокружити слово испред опције за коју се странка одлучила

3 Попуњава се када странка у поступку који се покреће по захтеву странке изричито изјави да ће само део личних података о чињеницама о којима се води службена евиденција, а које су неопходне за одлучивање, прибавити сама.

**ПОТРЕБНА УПЛАТА РЕПУБЛИЧКЕ АДМИНИСТРАТИВНЕ ТАКСЕ**

**ПРИМАЛАЦ:**  **Буџет Републике Србије**

**Број рачуна**: 840-742221-843-57 **Позив на број**: 97 42-01611900

**ИЗНОС**  таксе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ динара (тар.бр. 1. и тар. бр. 185. а Закона о РАТ)

Тарифни број 1.

-За захтев, ако овим законом није друкчије прописано 400 динара

Тарифни број 185а

-утврђивање испуњености прописаних услова за почетак рада и обављање здравствене делатности у Апотекарској установи - апотеци, по објекту - 44.340 динара

- утврђивање испуњености услова за почетак рада и обављање здравствене делатности у Апотеци приватној пракси, по објекту -29.190 динара.

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)