|  |
| --- |
| **Република Србија**  **Министарство здравља**  **Фармацеутска комора Србије**  **https://www.farmkom.rs/** |

# ЗАХТЕВ

# ЗА ОБНАВЉАЊЕ ЛИЦЕНЦЕ ЧЛАНУ ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** | | | | | | | | | | | | | |
| **Име и презиме** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Пребивалиште** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Контакт телефон** |  | | | | | | | | | | | | |
| **ЈМБГ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Адреса електронске поште** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Адреса за пријем писмена (уколико се разликује од пребивалишта)** |  | | | | | | | | | | | | |
| **ИД број** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Број и датум уверења о положеном лиценцном испиту** |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ОСТАЛЕ ИНФОРМАЦИЈЕ ПОТРЕБНЕ ЗА РЕШАВАЊЕ ЗАХТЕВА** | | |
| **Професионални статус (заокружити)** | | |
| Назив, адреса државне или приватне установе/ приватне праксе у којој подносилац захтева обавља делатност |  | |
| Телефон: | Мејл: |
| ПИБ: | Матични број: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Подаци о врсти одсуства са рада (одабрати уколико постоје)** | | | |
| мировање радног односа | породиљско одсуство | одсуство са рада ради неге детета | одсуству са рада ради посебне неге детета |
| одсуство са рада ради посебне неге детета | привремена спреченост за рад у периоду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

У прилогу захтева, достављам следећу документацију (*документа под редним бројевима 1,2 и 3 орган прибавља по службеној дужности, уз изјаву подносиоца захтева*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р. бр. | Назив документа | Форма документа | Специфичности у вези документа |
|  | **Доказ да је у периоду важности лиценце стекао потребан број бодова, издат од стране организатора континуиране едукације или на основу података из електронске базе Коморе** | оригинал/оверена копија | *Незапослени здравствени радник није у обавези да сакупља бодове за континуирану едукацију* |
|  | **Потврда о незапослености, издата од Националне службе за запошљавање** | оригинал/оверена копија | *Подноси се када је подносилац незапослен* |
|  | **Доказ о утврђеном мировању радног односа / породиљском одсуству / одсуству са рада ради неге детета / одсуство са рада ради посебне неге детета или привремене спречености за рад, издату од стране надлежног органа.** | оригинал/оверена копија | *Подноси се уколико неки од наведених основа постоје код подносиоца* |
|  | **Решење о пензији, или привремено решење, издато од стране Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање** | оригинал/оверена копија | *Подноси се када је остварено право на пензију* |
|  | **Уверење о општој здравственој способности, издато од стране надлежне здравствене установа** | оригинал | *За лица старија од 70 година* |
|  | **Потврду да је најмање 50 % од дана издавања лиценце радио у области здравствене делатности за коју има лиценцу, издату од стране здравствене установе, односно приватне праксе** | оригинал/оверена копија |  |
|  | **Доказ о уплати накнаде** | копија |  |

**Изјава подносиоца захтева у вези прибављања података по службеној дужности**

Сагласан/на сам да орган за потребе поступка може да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, који су неопходни у поступку одлучивања, сходно члану 103. став 3. Закона о општем управном поступку (*одабрати један од понуђених одговора*):

ДА

НЕ

Иако је орган обавезан да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, изјављујем да ћу сам/а за потребе поступка прибавити документа под редним бројевима 1, 2,3 и/или 4 (*у наставку навести редне бројеве докумената које ће подносилац прибавити сам*):

|  |
| --- |
|  |

Упознат/а сам да, уколико наведене податке и документа, неопходна за одлучивање органа, не поднесем у року од најмање 8 дана, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним и решењем ће се одбацити.

Захтев и потребна документација се могу поднети и електронским путем, на УНЕТИ ИМЕЈЛ АДРЕСУ ОРГАНА.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| У |  | , дана | ф |  |  |
|  |  |  | |  | Потпис подносиоца захтева |

**ИНФОРМАЦИЈА ЗА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рок за решавање захтева** | 30 дана од дана подношења захтева |
| **Рок за подношење захтева** | 60 дана пре истека рока на који је лиценца издата |

Потребно је уплатити следећи издатак:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Финансијски издаци** | | |
| Накнада за за обнављање лиценце | Износ издатка | 1000,00 РСД |
| Сврха уплате | обнављање лиценце |
| Назив и адреса примаоца | Фармацеутска комора Србије |
| Број рачуна | 325-9500900015066-04 |
| Модел | Не уписује се |
| Позив на број | ЈМБГ или ИД број члана коморе |