
(prezime, ime oca i ime)

JMBG

(adresa stanovanja-ulica, broj i mjesto)

(kontakt telefon)

Sarajevo, _____ . godine
(datum podnošenja zahtjeva)

KANTON SARAJEVO
Ministarstvo zdravstva
ul. Reisa Džemaludina Čauševića br. 1
S a r a j e v o

PREDMET: *Zahtjev za izdavanje rješenja o odobrenju obavljanja metoda i postupaka alternativne medicine u zdravstvenoj ustanovi/privatnoj praksi*

Podnosim zahtjev za izdavanje rješenja o odobrenju obavljanja metoda i postupaka alternativne medicine u:

- zdravstvenoj ustanovi
- privatnoj praksi

(Zaokružiti potrebno)

Naziv zdravstvene ustanove/privatne prakse:

Adresa: _____

Odgovorna osoba za rad: _____

Djelatnost: _____

Radno vrijeme: _____

(podnosilac zahtjeva)

Za izdavanje saglasnosti za obavljanje metoda i postupaka alternativne medicine zdravstvenoj ustanovi /privatnoj praksi prilažem:

1. Rješenje o upisu u registar kod nadležnog suda u skladu s propisima o registraciji ustanova u Federaciji Bosne i Hercegovine;
2. Rješenje kantonalnog ministarstva o ispunjenosti uvjeta prostora, opreme i kadra za obavljanje zdravstvene djelatnosti/privatne prakse;
3. Dokaz da ima osigurane uvjete prostora, opreme i kadra i odgovarajuće vrste i količine lijekova i medicinskih sredstava za obavljanje odgovarajućih metoda i postupaka alternativne medicine;
4. Saglasnost nadležne komore;

5. Dokaz da ima osiguranog najmanje jednog zdravstvenog radnika sa dozvolom kantonalnog ministarstva za obavljanje alternativne medicine;
6. Dokaz o obučenosti-osposobljenosti zdravstvenog radnika za obavljanje odgovarajućih metoda i postupaka alternativne medicine;
7. Licencu izdatu od nadležne komore za zdravstvenog radnika iz alineje 6. (2) Saglasnost iz stava 1. alineja 4. nadležna komora daje u skladu sa svojim općim aktima
8. Uplatnicu na **35,00 KM**, svrha uplate: **Kantonalna administrativna taksa za rješenje kojim se daje saglasnost za obavljanje metoda i postupaka alternativne medicine u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi**, korisnik: **Budžet Kantona Sarajevo**, depozitni račun: **338-000-22100192-63 kod UniCredit Bank**, vrsta prihoda: **722121**, općina: **077**;
9. **2,00 KM** administrativne takse za zahtjev.

Za izdavanje dozvole zdravstvenom radniku za obavljanje metoda i postupaka alternativne medicine prilažem:

1. Diplomu o završenom medicinskom, stomatološkom, farmaceutskom ili farmaceutsko-biohemijskom fakultetu, fakultetu zdravstvenih studija ili srednje škole zdravstvenog usmjerenja,
2. Uvjerenje o položenom stručnom ispitu,
3. Diplomu o specijalističkom ispitu za specijaliste,
4. Rješenje o upisu u registar nadležne komore zdravstvenih radnika,
5. Dokaz o obučenosti-osposobljenosti za obavljanje odgovarajućih metoda i postupaka alternativne medicine,
6. Licencu izdatu od nadležne komore,
7. Uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti,
8. Fotokopiju lične karte,
9. Saglasnost nadležne komore zdravstvenih radnika.

Napomena: Sve kopije naprijed navedenih dokumenata moraju biti ovjerene od strane nadležnog organa.