
(prezime, ime oca i ime magistra farmacije)

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 za rad apoteke u privatnoj praksi

Podnosim zahtjev za izdavanje rješenja o odobrenju za rad apoteke u privatnoj praksi.

Naziv apoteke: _____

Adresa: _____

Odgovorna osoba za rad – magistar farmacije: _____

Djelatnost: _____

Radno vrijeme: _____

(podnosilac zahtjeva – magistar farmacije)

Uz zahtjev prilažem:

1. Saglasnost kantonalnog ministarstva na lokaciju apoteke izdatu u smislu člana 6. Pravilnika o bližim uvjetima u pogledu prostora, opreme i kadra, kriterijima za osnivanje i obavljanje apotekarske djelatnosti u svim organizacionim oblicima, kao i načinu i postupku njihove verifikacije („Službene novine FBiH“, br. 44/12, 23/13 i 27/14),
2. Diploma o završenom farmaceutskom fakultetu, odnosno farmaceutskobiohemijском fakultetu, položenom stručnom ispitu i licenca za rad izdata od nadležne farmaceutske komore,
3. Dokaz da je državljanin BiH sa prebivalištem na teritoriji Federacije,
4. Dokaz da je radno sposoban za obavljanje privatne prakse,
5. Dokaz da je poslovno sposoban,
6. Dokaz da mu pravosnažnom sudskom presudom ili odlukom nadležnog organa nije izrečena mjera bezbjednosti ili zaštitna mjera zabrane obavljanja zdravstvene zaštite odnosno zaštitna mjera udaljenja dok te mjere traju,
7. Dokaz da nije u radnom odnosu, odnosno da ne obavlja drugu samostalnu djelatnost, odnosno dokaz o najavi prekida radnog odnosa,
8. Dokaz o ispunjavanju uvjeta prostora za obavljanje apotekarske djelatnosti, uključujući i dokaz o vlasništvu odnosno zakupu navedenog prostora,
9. Rješenje o ispunjavanju sanitarno-higijenskih uslova (Kantonalna uprava za inspeksijske poslove – Inspektorat za sanitarne, zdravstvene i farmaceutske poslove - ul. Aleja Bosne Srebrene bb, tel: 770-100 - centrala,
10. Atest o ispravnosti elektroinstalacija u prostoru,
11. Odobrenje nadležnog općinskog organa o namjeni prostora u kojem se obavlja apotekarska djelatnost, za stan Rješenje o pretvaranju stambenog prostora u poslovni prostor izdato od nadležnog organa, ukoliko se apotekarska djelatnost obavlja u navedenom prostoru (nadležna općina),

12. Spisak opreme sa urednim atestima proizvođača i dokazu o redovnom servisiranju opreme, što uključuje i dokaz o porijeklu opreme (računi, kupoprodajni ugovor, ugovor o zakupu medicinske opreme, darovnica i sl.), u pravilu, dokaz o upisu medicinskog sredstva koji je dio opreme u Registar medicinskih sredstava Agencije,
13. Ugovor sa kontrolnim laboratorijem proizvođača lijekova ukoliko apoteka nema vlastiti laboratorij za kontrolu kvaliteta galenskih lijekova,
14. Dokaz o posjedovanju stručne literature iz člana 35. navedenog pravilnika, kao i dokaz o posjedovanju knjiga evidencije iz člana 38. navedenog pravilnika,
15. Dokazi o uspostavljenom sistemu upravljanja farmaceutskim otpadom u skladu sa važećim standardima, što podrazumijeva posjedovanje plana upravljanja farmaceutskim otpadom, opreme i ambalaže za zbrinjavanje farmaceutskog otpada ukoliko se isti transportuje do drugog lica, kao i, u pravilu, ugovor sa fizičkim ili pravnim licem koje obavlja funkciju operatera sistema za prikupljanje otpada, a saglasno Pravilniku o zbrinjavanju farmaceutskog otpada,
16. Dokaz o uspostavljenom sistemu sigurnosnih standarda s ciljem zaštite pacijenta, od strane Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine, a u smislu člana 12. stav 3. Zakona o apotekarskoj djelatnosti („Službene novine Federacije BiH“; broj 40/10);
17. Pozitivno mišljenje nadležne farmaceutske komore izdato u smislu člana 222. alineja tri Zakona o zdravstvenoj zaštiti,
18. Uplatnicu na **35,00 KM**, svrha uplate: **Kantonalna administrativna taksa za rješenje o odobravanju zdravstvenim radnicima obavljanje privatne prakse u privatnoj apoteci**, korisnik: **Budžet Kantona Sarajevo**, depozitni račun: **338-000-22100192-63 kod UniCredit Bank**, vrsta prihoda: **722121**, općina: **077**;
19. Uplatnicu na **500,00 KM, ako stranka otvara apoteku, 500,00 KM za preseljenje i proširenje, odnosno 300,00 KM ako stranka podnese ponovni zahtjev za utvrđivanje ispunjavanja uslova koji nisu bili ispunjeni kod prvog izlaska komisije**; svrha uplate: **Troškovi komisije za utvrđivanje ispunjavanja uslova za rad**, korisnik: **Budžet Kantona Sarajevo – depozitni račun broj: 338-000-22100192-63 kod UniCredit Bank**, vrsta uplate: **“0” – redovna uplata**, vrsta prihoda: **722429**, broj: poreznog obveznika: **jedinstveni matični broj uplatioca**, općina: **077**, budžetska organizacija: **2001001**, poziv na broj: **0000000000**;
20. **2,00 KM** administrativne takse za zahtjev.

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