
(prezime, ime oca i ime odgovorne osobe za rad organka
– magistar 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 ogranaka apoteke zdravstvene ustanove

Podnosim zahtjev za izdavanje rješenja o odobrenju za rad ogranaka apoteke zdravstvene ustanove.

Naziv ogranaka apoteke zdravstvene ustanove: _____

Adresa: _____

Odgovorna osoba za rad: _____

Djelatnost: _____

Radno vrijeme: _____

(podnosilac zahtjeva – apoteka –
zdravstvena ustanova)

Uz zahtjev prilažem:

1. Saglasnost kantonalnog ministarstva na lokaciju ogranaka apoteke izdate 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. Rješenje o ispunjavanju uvjeta za apoteku zdravstvenu ustanovu izdato od nadležnog kantonalnog ministarstva u smislu člana 46. navedenog pravilnika, a koja je osnivač ogranaka apoteke,
3. Rješenje o upisu apoteke zdravstvene ustanove u sudski registar nadležnog općinskog suda u Federaciji,
4. Dokaz o ispunjavanju uvjeta prostora iz člana 17. navedenog pravilnika,
5. Dokaz o vlasništvu prostora, odnosno važeći ugovor o zakupu poslovnog prostora; sanitarna saglasnost na prostor izdata od nadležne sanitarne inspekcije (Kantonalna uprava za inspeksijske poslove – Inspektorat za sanitarne, zdravstvene i farmaceutske poslove - ul. Aleja Bosne Srebrene bb, tel: 770-100 - centrala),
6. Atest o ispravnosti elektroinstalacija u prostoru,
7. Spisak opreme iz člana 29. navedenog pravilnika, sa urednim atestima proizvođača i dokaz o redovnom servisiranju opreme, što uključuje i dokaz o porijeklu opreme (računi, kupoprodajni ugovor, ugovor o zakupu medicinske opreme, darovnica i sl.),
8. Dokaz o upisu medicinskog sredstva koji je dio opreme u Registar medicinskih sredstava Agencije,
9. Spisak stručnog kadra sa urednom ličnom dokumentacijom uposlenika koji će biti u stalnom radnom odnosu, a saglasno odredbama člana 36. navedenog pravilnika,

10. Dokaz o posjedovanju stručne literature iz člana 35. stav 1. navedenog pravilnika,
11. Dokaz o uspostavljenom sistemu upravljanja farmaceutskim otpadom, saglasno 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,
12. Dokaz o uspostavljenom sistemu sigurnosnih standarda s ciljem zaštite pacijenta,
13. Pozitivno mišljenje nadležne farmaceutske komore izdato u smislu člana 56. Zakona o zdravstvenoj zaštiti,
14. Pozitivno mišljenje zavoda za javno zdravstvo kantona izdato u smislu člana 56. Zakona o zdravstvenoj zaštiti samo u slučaju javne zdravstvene ustanove,
15. Uplatnicu na **55,00 KM**, svrha uplate: ***Kantonalna administrativna taksa za rješenje o utvrđivanju ispunjenosti propisanih uslova u pogledu prostora, opreme i kadra za osnivanje i rad ogranka zdravstvene ustanove***, korisnik: ***Budžet Kantona Sarajevo***, depozitni račun: ***338-000-22100192-63 kod UniCredit Bank***, vrsta prihoda: ***722121***, općina: ***077***
16. Uplatnicu na **500,00 KM** za otvaranje ogranka apoteke, **500,00 KM** za preseljenje, 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: ***000000000***.
17. ***2,00 KM*** administrativne takse za zahtjev.

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