

\_\_\_\_\_

(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 pružanja mjera zdravstvene zaštite za obavljanje zdravstvene njege i rehabilitacije u ustanovi socijalne zaštite na području Kantona Sarajevo**

Podnosim zahtjev za izdavanje rješenja o odobrenju pružanja mjera zdravstvene zaštite za obavljanje zdravstvene njege i rehabilitacije u ustanovi socijalne zaštite na području Kantona Sarajevo.

Naziv ustanove socijalne zaštite: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Odgovorna osoba za rad: \_\_\_\_\_

Djelatnost: \_\_\_\_\_

Radno vrijeme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(podnosilac zahtjeva)

Uz zahtjev prilažem:

1. Rješenje Ministarstva za rad, socijalnu politiku, raseljena lica i izbjeglice Kantona Sarajevo o odobrenju za rad ustanove socijalne zaštite;
2. Izjava Ustanove socijalne zaštite o broju korisnika usluga;
3. Dokaz o ispunjavanju uvjeta prostora za pružanje mjera zdravstvene zaštite - zdravstvene njege i rehabilitacije u ustanovi socijalne zaštite na području Kantona Sarajevo, saglasno članu 5. Pravilnika o uvjetima prostora, opreme i kadra kojima se osiguravaju mjere zdravstvene zaštite za obavljanje zdravstvene njege i rehabilitacije u ustanovama socijalne zaštite na području Kantona Sarajevo („Službene novine Federacije BiH“, broj 80/15) - dokaz o vlasništvu odnosno zakupu navedenog prostora;
4. Sanitarna saglasnost na prostor za pružanje mjera zdravstvene zaštite - zdravstvene njege i rehabilitacije izdatu 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);
5. Atest o ispravnosti elektroinstalacija u prostoru za pružanje mjera zdravstvene zaštite - zdravstvene njege i rehabilitacije;

6. Spisak medicinsko-tehničke opreme za pružanje mjera zdravstvene zaštite - zdravstvene njege i rehabilitacije 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.), saglasno članu 6. Pravilnika o uvjetima prostora, opreme i kadra kojima se osiguravaju mjere zdravstvene zaštite za obavljanje zdravstvene njege i rehabilitacije u ustanovama socijalne zaštite na području Kantona Sarajevo;
7. Dokaz o upisu medicinskog sredstva koji je dio opreme u Registar medicinskih sredstava Agencije za lijekove i medicinska sredstva Bosne i Hercegovine;
8. Specifikacija zdravstvenih usluga koje će se obavljati u ustanovi socijalne zaštite;
9. Dokaz o uspostavljenom sistemu upravljanja medicinskim otpadom u skladu sa važećim standardima, što podrazumijeva zaključen ugovor o zbrinjavanju i uništavanju medicinskog otpada sa ovlaštenom ustanovom;
10. Spisak uposlenog stručnog kadra kako je propisano članom 7. naprijed navedenog Pravilnika, sa urednom ličnom dokumentacijom uposlenika i to: diploma, uvjerenje o položenom stručnom ispitu, licenca za rad, uvjerenje o državljanstvu, ljekarsko uvjerenje, uvjerenje o poslovnoj sposobnosti, uvjerenje o nekažnjavanju izdato od nadležnog suda i ugovor o radu;
11. Spisak angažovanog stručnog kadra kako je propisano članom 7. naprijed navedenog Pravilnika, sa ličnom dokumentacijom i to: diploma, uvjerenje o položenom specijalističkom ispitu, licenca za rad i ugovor o angažovanju;
12. Uplatnicu na **55,00 KM**, svrha uplate: **Kantonalna administrativna taksa za rješenje o odobrenju pružanja mjera zdravstvene zaštite za obavljanje zdravstvene njege i rehabilitacije u ustanovi socijalne zaštite na području Kantona Sarajevo**, korisnik: **Budžet Kantona Sarajevo**, depozitni račun: **141 196 53200084 75 kod Bosna Bank International d.d. Sarajevo**, vrsta prihoda: **722121**, općina: **077**;
13. Uplatnica na **500,00 KM za odobrenje rada, 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: 141 196 53200084 75 kod Bosna Bank International d.d. Sarajevo**, vrsta uplate: **“0” – redovna uplata**, vrsta prihoda: **722429**, broj: poreznog obveznika: **jedinstveni matični broj uplatioca**, općina: **077**, budžetska organizacija: **2001001**, poziv na broj: **0000000000**.
14. **2,00 KM** administrativne takse za zahtjev.

**Napomena:** Sve kopije naprijed navedenih dokumenata moraju biti ovjerene od strane nadležnog organa i ne smiju biti starije od šest (6) mjeseci.