
(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)

Uz zahtjev 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 imam 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 zdravstvenih radnika, koju komora daje u skladu sa svojim općima aktima;

5. Dokaz da imam 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 5.
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: **141 196 53200084 75 kod Bosna Bank International d.d. Sarajevo**, vrsta prihoda: **722121**, općina: **077**;
9. **2,00 KM** administrativne takse za zahtjev.

U svrhu izdavanja dozvole zdravstvenom radniku za obavljanje metoda i postupaka alternativne medicine uz zahtjev 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. Uvjerenje o položenom specijalističkom ispitu (za specijaliste),
4. Dokaz o obučenosti-osposobljenosti za obavljanje odgovarajućih metoda i postupaka alternativne medicine,
5. Licencu izdatu od nadležne komore,
6. Uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti,
7. Saglasnost nadležne komore zdravstvenih radnika, koju komora daje u skladu sa svojim općima aktima.

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