
(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 ogranka apoteke zdravstvene ustanove

Podnosim zahtjev za izdavanje rješenja o odobrenju za rad ogranka 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 ogranka 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 ogranka 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 (tlocrt poslovnog prostora sa ucrtanim svim potrebnim prostorijama),
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 atestim 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: *141 196 53200084 75 kod Bosna Bank International d.d. Sarajevo*, 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: 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*.
17. 2,00 KM administrativne takse za zahtjev.

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