Републички фонд за здравствено осигурање

**Образац-ДОБ1**

Број _____

Датум __ __ ____

# ПРИЈАВА, ПРОМЕНА И ОДЈАВА ДОБАВЉАЧА

☐ ПРИЈАВА ☐ ПРОМЕНА ☐ ОДЈАВА

**Подаци о добављачу**

Назив _____

_____

Скраћени назив _____

Адреса _____ Седиште _____

Матични број _____ ПИБ / ЈМБГ ОПД _____

Број жиро рачуна ___ _____ __

који се води код _____ банке

Делатност _____ ____ ознака

Датум пријаве __ __ ____ Датум промене __ __ ____ Датум одјаве __ __ ____

_____

**Потпис**

**Упутство за попуњавање обрасца:**

Приликом подношења

1. пријаве - попуњавају се сва поља и датум пријаве
2. промене - попуњавају се поља ПИБ, матични број, поље које се мења и датумм промене
3. одјаве - попуњавају се поља ПИБ, матични број и датум одјаве.

**Напомена:** Образац се издаје на основу претходно достављене документације:

1. решења Агенције за привредне регистре о регистрацији добављача као привредног субјекта,
2. решења Министарства здравља да се добављач може бавити производњом, односно прометом медицинских средстава,
3. дозволе Агенције за лекове РС за упис конкретног помагала у Регистар медицинских средстава,
4. изјаве потписане од стране овлашћеног лица добављача која садржи следеће: да прихвата услове, рокове, начин и поступак за обезбеђивање помагала осигураним лицима који је прописан актом Републичког фонда којим је регулисано право на медицинско-техничка помагала, као и да прихвата цене за накнаде помагала које су утврђене актом Републичког фонда и да ни под којим условима неће тражити доплату за испоручено помагало ни од Републичког фонда, ни од осигураног лица или било ког трећег лица.

**Упозорење: Добављач је дужан да у року од три дана филијали достави обавештење о свакој промени која се тиче правног статуса добављача и о промени или истеку регистрације медицинско-техничког помагала.**