



Пријаву подносим непосредно у Агенцији
и захтевам да ми се изда потврда о поднетој пријави:

Пријава се подноси због одбацивања претходне пријаве број:

МЕСТО ЗА БАРКОД
додељује АПР

*** НАПОМЕНА:**

Уколико се пријава подноси због одбацивања раније поднете пријаве подносилац је у обавези да упише број претходно одбачене пријаве.

ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Назив:

Седиште:

Град/место:

Општина:

Улица:

Број и слово:

Спрат и број
стана:

Број и назив
поште:

Скраћени назив (ако је прописан оснивачким актом):

Назив на језику националне мањине (ако је прописан оснивачким актом):

Језик:

Назив:

Назив на страном језику (ако је прописан оснивачким актом):

Језик:

Назив:

Матични број:

Пореско идентификациони број (ПИБ):

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

Облик здравствене установе:

- Здравствена установа у јавној својини
 Здравствена установа у приватној својини

Врста здравствене установе:

- Дом здравља;
 Здравствена установа поликлиника;
 Апотекарска установа;
 Болница;
 Општа
 Специјална
 Здравствени центар;
 Завод:
 Завод за здравствену заштиту студената
 Завод за ургентну медицину
 Завод за палијативно збрињавање
 Завод за плућне болести и туберкулозу
 Завод за лабораторијску дијагностику
 Завод за јавно здравље
 Завод за медицину рада
 Завод за психофизичке поремећаје и говорну патологију
 Завод за здравствену заштиту радника
 Завод за геријатрију и палијативно збрињавање
 Завод за денталну медицину
 Завод за кожне и венеричне болести
 Завод за радиолошку дијагностику
 Завод за трансфузију крви
 Завод за судску медицину
 Завод за биоциде и медицинску екологију
 Завод за јавно здравље;
 Клиника;
 Институт;
 Клиничко - болнички центар;
 Универзитетски клинички центар;
 Војна здравствена установа или санитетска јединица и установа у Војсци Србије, у складу са посебним законом.

Шифра и назив делатности здравствене установе:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

шифра делатности

назив делатности

Контакт подаци здравствене установе:

Телефон: Е-пошта:
Фах: Интернет адреса:

ПОДАЦИ О ОСНИВАЧИМА

У случају регистрације више оснивача попунити више примерака стране 3.

Оснивач

Домаће физичко лице:

Странац:

Домаће правно лице:

Страно правно лице:

Име:

Презиме:

ЈМБГ (лични број за странца):

Број пасоша и држава издавања (за странца):

Назив/пословно име:

Регистарски/ матични број:

Место седишта за правно лице:

Адреса седишта за правно лице: број:

Држава у којој је страни оснивач регистрован:

Оснивач

Домаће физичко лице:

Странац:

Домаће правно лице:

Страно правно лице:

Име:

Презиме:

ЈМБГ (лични број за странца):

Број пасоша и држава издавања (за странца):

Назив/пословно име:

Регистарски/ матични број:

Место седишта за правно лице:

Адреса седишта за правно лице: број:

Држава у којој је страни оснивач регистрован:

ПОДАЦИ О ОСНИВАЧКОМ АКТУ И СТАТУТУ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Датум уписа у регистар (датум оснивања):

| | | | | |
|-----|---|-------|---|--------|
| | / | | / | |
| дан | | месец | | година |

Датум доношења важећег оснивачког акта:

| | | | | |
|-----|---|-------|---|--------|
| | / | | / | |
| дан | | месец | | година |

Датум доношења новог статута:

| | | | | |
|-----|---|-------|---|--------|
| | / | | / | |
| дан | | месец | | година |

Број и датум доношења решења надлежног Министарства надлежног за послове здравства:

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | |
|-----|---|-------|---|--------|
| | / | | / | |
| дан | | месец | | година |

Број и датум доношења решења надлежног Министарства о испуњености прописаних услова

(за утврђивање здравствене способности физичких лица за држање и ношење оружја, за вршење обуке и организовање и спровођење испита из прве помоћи, за обављање лекарских прегледа и издавање лекарских уверења о телесној и душевној способности возача одређених категорија моторних возила, као и за вршење здравствених прегледа помораца):

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | |
|-----|---|-------|---|--------|
| | / | | / | |
| дан | | месец | | година |

НЕДЕЉНИ РАСПОРЕД РАДА, ПОЧЕТАК И ЗАВРШЕТАК РАДНОГ ВРЕМЕНА У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

| |
|--|
| |
|--|

ПОДАЦИ О ОГРАНКУ / ОРГАНИЗАЦИОНОЈ ЈЕДИНИЦИ ИЗВАН СЕДИШТА

*** НАПОМЕНА:**

У зависности од броја огранака користити потребан број примерака стране 6 .

Огранак

Организациона јединица изван седишта

Назив:

Адреса:

Град/место:

Општина:

Улица:

Број и слово:

Врста:

Делатност:

Огранак

Организациона јединица изван седишта

Назив:

Адреса:

Град/место:

Општина:

Улица:

Број и слово:

Врста:

Делатност:

УПИС ЗАБЕЛЕЖБЕ

Документација која се прилаже уз пријаву усклађивања здравствене установе:

- Важећи оснивачки акт;
- Нови статут;
- Сагласност надлежног органа на нови статут здравствене установе у јавној својини;
- Одлука оснивача/извод из акта надлежног органа којим се одређује недељни распоред рада, почетак и завршетак радног времена у здравственој установи;
- Ако је у поступку усклађивања дошло до промене других података који се уписују у Регистар, документација која је прописана за ту врсту промене.

ДОСТАВЉАЊЕ ПИСМЕНОГ ОТПРАВКА ОДЛУКЕ РЕГИСТРАТОРА

*** НАПОМЕНА:**

Увид у садржај одлуке Регистратора може се извршити преко интернет стране АПР, а писмени отправак одлуке доставља се искључиво на изричит захтев подносиоца.

Захтевам да писмени отправак одлуке Регистратора буде достављен на **један** од следећих начина:

- | | | | |
|---|---|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Поштом на адресу за пријем поште | <input type="checkbox"/> Поштом на адресу седишта | <input type="checkbox"/> Лично у ОЈ АПР: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Поштом на адресу подносиоца у Републици Србији | <input type="checkbox"/> Лично у седишту АПР у Београду | <input type="checkbox"/> Електронском поштом: | <input type="text"/> |

ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ПРИЈАВЕ

| | |
|----------------------------|--|
| Име: <input type="text"/> | Презиме: <input type="text"/> |
| ЈМБГ: <input type="text"/> | Број пасоша и држава издавања (за странца): <input type="text"/> |

**уносом ЈМБГ/броја пасоша подносиоцу се омогућава претрага статуса пријаве по подносиоцу на интернет страни АПР.*

Адреса подносиоца (у Републици Србији):

| | |
|-------------------------------|--|
| Општина: <input type="text"/> | Број и назив поште: <input type="text"/> |
| Место: <input type="text"/> | Број и слово: <input type="text"/> |
| Улица: <input type="text"/> | Спрат и број стана: <input type="text"/> |

Контакт подаци подносиоца пријаве:

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Телефон: <input type="text"/> | Е-пошта: <input type="text"/> |
|-------------------------------|-------------------------------|

Потписивањем регистрационе пријаве подносилац гарантује за тачност унетих података сходно одредби члана 45. Закона о поступку регистрације у Агенцији за привредне регистре.

М.П.
(за здравствене установе у јавној својини)

Потпис подносиоца пријаве: