



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 ДИРЕКТОРУ / ЛИЦУ ОВЛАШЋЕНОМ ЗА ЗАСТУПАЊЕ**

У случају регистрације више директора / лица овлашћених за заступање попунити више примерака стране 4.

- Директор     
  Ликвидациони управник     
  в.д. директора  
 Лице овлашћено за заступање     
  Стечајни управник

Име:

Презиме:

ЈМБГ  
(лични број за странца):

Број пасоша и држава издавања  
(за странца):

- Директор     
  Ликвидациони управник     
  в.д. директора  
 Лице овлашћено за заступање     
  Стечајни управник

Име:

Презиме:

ЈМБГ  
(лични број за странца):

Број пасоша и држава издавања  
(за странца):

- Директор     
  Ликвидациони управник     
  в.д. директора  
 Лице овлашћено за заступање     
  Стечајни управник

Име:

Презиме:

ЈМБГ  
(лични број за странца):

Број пасоша и држава издавања  
(за странца):

**УПИС ЗАБЕЛЕЖБЕ ОГРАНИЧЕЊА ЗАСТУПНИКА СУПОТПИСОМ**

**ПОДАЦИ О ОСНИВАЧКОМ АКТУ И СТАТУТУ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ**

Датум уписа у регистар (датум оснивања):

	/		/	
дан		месећ		година

Датум доношења важећег оснивачког акта:

	/		/	
дан		месећ		година

Датум доношења новог статута:

	/		/	
дан		месећ		година

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

--

	/		/	
дан		месећ		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		месећ		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:**