|  |
| --- |
| **Република Србија**  **Агенција за акредитацију здравствених установа Србије**  [**https://www.azus.gov.rs/**](https://www.azus.gov.rs/) |

# ЗАХТЕВ

**ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ, ДРУГОГ ПРАВНОГ ЛИЦА И ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Назив установе** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Адреса** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Град, поштански број** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Контакт телефон и факс** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Име и презиме одговорног лица** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Матични број** |  |  |  |  |  |  |  |  | **ПИБ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Адреса електронске поште** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Додатне информације о здравственој установи, другом правном лицу и приватној пракси** | |
| Захтевани обим акредитације **[[1]](#footnote-1)** |  |
| Број становника које покрива здравствена установа, друго правно лице и приватна пракса |  |
| Број служби (за које се тражи акредитација) |  |
| Број запослених (у службама за које се тражи акредитација) |  |

У прилогу захтева, достављам следећу документацију (*документа под редним бројем 1 и 2 орган прибавља по службеној дужности, уз изјаву подносиоца захтева*)[[2]](#footnote-2):

| **Р.бр.** | **Назив документа** | **Форма документа** | **Специфичности** **у вези документа** | **Издавалац документа** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Решење министарства надлежног за послове здравља, односно здравствене инспекције о испуњености прописаних услова за обављање здравствене делатности | копија |  | Министарство здравља |
| 2. | Доказ о упису у надлежни регистар | копија |  | Агенција за привредне регистре |
| 3. | Статут установе  (за здравствену установу и друго правно лице) | копија |  | Подносилац захтева |
| 4. | Акт о унутрашњој организацији и систематизацији послова  (за здравствену установу и друго правно лице) | копија |  | Подносилац захтева |

**Изјава подносиоца захтева у вези прибављања података по службеној дужности**

Сагласан/на сам да орган за потребе поступка може да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, који су неопходни у поступку одлучивања, сходно члану 103. став 3. Закона о општем управном поступку (*одабрати један од понуђених одговора*):

ДА

НЕ

Иако је орган обавезан да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, изјављујем да ћу сам/а за потребе поступка прибавити документа под редним бројем 1 и 2 (*у наставку навести редне бројеве докумената које ће подносилац прибавити сам*):

|  |
| --- |
|  |

Како би орган прибавио податке по службеној дужности, достављам следеће информације (*попуњава се искључиво ако подносилац даје сагласност да орган изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција)*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Подаци о издатом решењу министарства надлежног за послове здравља, односно здравствене инспекције о испуњености прописаних услова за обављање здравствене делатности** | |
| Број издатог решења |  |
| Датум издатог Решења |  |

Упознат/а сам да, уколико наведене податке и документа, неопходна за одлучивање органа, не поднесем у року од 8 дана, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним и решењем ће се одбацити.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| У |  | , дана | ф |  |  |
|  |  |  | |  | Печат и потпис подносиоца захтева |

**ИНФОРМАЦИЈА ЗА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рок за решавање поднетог захтева** | годину дана од дана поднетог уредног захтева |

Информација о плаћању накнаде за стицање акредитације:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | | **Финансијски издаци** | | | | | | |
| 1. | | Обрада захтева за стицање акредитације | | Износ издатка | | 30.000,00 дин | | |
| Сврха уплате | | Обрада захтева за стицање акредитације | | |
| 2. | | Едукација за самооцењивање | | Износ издатка | | 30.000,00 динара дан/едукатор | | |
| Сврха уплате | | Едукација за самооцењивање | | |
| 3. | | Спољашње оцењивање | | Износ издатка | | 55.000,00 динара дан/оцењивач | | |
| Сврха уплате | | Спољашње оцењивање | | |
| 4. | | Израда завршног извештаја са препорукама за унапређење квалитета рада | | Износ издатка | | До 10 запослених | | 50.000,00 |
| Од 11 до 100 запослених | | 100.000,00 |
| Преко 100 запослених | | 150.000,00 |
| Сврха уплате | | Израда завршног извештаја са препорукама за унапређење квалитета рада | | |
| 5. | | Едукација за израду планова унапређења квалитета здравствене заштите | | Износ издатка | | 30.000,00 динара дан/едукатор | | |
| Сврха уплате | | Едукација за израду планова унапређења квалитета здравствене заштите | | |
|  | | Подаци за сваку појединачну уплату: | | Назив и адреса примаоца | | Агенција за акредитацију здравствених установа, Београд, Др Суботића – старијег бр. 5 | | |
| Број рачуна | | 840-1074668-16 | | |
| Модел и позив на број | | / | | |

1. Према члану 199. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС“, број 25/2019), решење о акредитацији издаје се за:

   1) поједину област здравствене заштите, односно грану медицине, денталне медицине, односно фармацеутске здравствене делатности коју обавља здравствена установа, односно приватна пракса или

   2) целокупну делатност здравствене установе, односно приватне праксе. На основу тога уписати да ли се акредитује здравствена установа у целини или поједине службе здравствене установе и навести које су то службе. [↑](#footnote-ref-1)
2. Документа која се достављају у копији, подносилац захтева може доставити и у оригиналу или

   овереној копији, по свом избору [↑](#footnote-ref-2)