|  |
| --- |
| **Република Србија****Министарство здравља****Фармацеутска комора Србије****https://www.farmkom.rs/** |

# ЗАХТЕВ

# ЗА ИЗМЕНУ ПОДАТАКА

# У ИМЕНИКУ ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

|  |
| --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** |
| **Име и презиме** |  |
| **Девојачко презиме** |  |
| **Пребивалиште** |  |
| **Контакт телефон** | Фиксни:  | Моб:  |
| **ЈМБГ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Адреса електронске поште** |  |
| **Адреса за пријем писмена (уколико се разликује од пребивалишта)** |  |
| **ИД број** |  |

|  |
| --- |
| **Врста промене податка које се тражи** *(Одабрати једну или више у складу са променама које се пријављују)* |
| ☐ Презиме/име | ☐ Пребивалиште | ☐ Адреса | ☐ Послодавац |
| ☐ Почетак рада у апотекарској делатности | ☐ Престанак рада у апотекарској делатности | ☐ Огранак Коморе | ☐ Огранак апотеке у оквиру истог послодавца |
| ☐ Положен стручни испит | ☐ Почетак специјалистичког стажа | ☐ Положен специјалистички испит/испит из уже специјализације | ☐ Стицање назива примаријус/наставно-научног звања |
| ☐ Породиљско одсуство, одсуство ради неге детета и одсуство ради посебне неге детета | ☐ Привремена спреченост за рад (све врсте боловања)  | ☐ Незапосленост (пријава у НСЗ) | ☐ Одлазак у старосну/инвалидску/ породичну пензија |

|  |
| --- |
| **ОСТАЛЕ ИНФОРМАЦИЈЕ ПОТРЕБНЕ ЗА РЕШАВАЊЕ ЗАХТЕВА** |
| **Професионални статус (заокружити)** |
| ☐ Запослен у државној здравственој установи | ☐ Оснивач приватне праксе | ☐ Запослен у приватној здравственој установи | ☐ На стажу-приправник |
| ☐ Незапослен | ☐ Оснивач са радним односом у здр. установи | ☐ Запослен код другог правног лица | ☐ Друго:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Подаци о послодавцу (за запослене)** |
| Назив и адреса здравствене установе/ апотеке приватне праксе у којој подносилац захтева обавља делатност |  |
| Назив и адреса огранка/орг. јединице места рада:  |  |
| Телефон места рада: | Мејл места рада: |
| ПИБ: | Матични број: |
| Врста приватне праксе: | ☐ Апотека приватна пракса  |
| ☐ Апотека приватна пракса са магистралном лабораторијом |

|  |
| --- |
| **Подаци о образовању** |
| Датум и место стицања и број дипломе | примаријата: |
| стечене научне титуле: |
| специјализације: |

У прилогу захтева, достављам следећу документацију (*документа под редним бројевима 4, 12 и 13 орган прибавља по службеној дужности, уз изјаву подносиоца захтева*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р. бр.  | Назив документа | Форма документа  | Специфичности у вези документа  |
|  | Очитана лична карта подносиоца захтева, издата од стране МУП | копија | *Подноси се у случају промене имена, презимена, адресе и/или пребивалишта* |
|  | Уверење о стажу осигурања или пријава/одјава на обавезно социјално осигурање, издата од Републички фонд за ПИО или ЦРОСО | оригинал/оверена копија | *Подноси се у случају промене послодавца, заснивања радног односа у апотекарској делатности или престанка радног односа у апотекарској делатности* |
|  | Анекс уговора о раду или потврда послодавца о промени огранка/орг. јединице  | копија | *Подноси се у случају промене огранка апотеке/орг. јединице код истог послодавца* |
|  | Решење o регистрацији/брисању/ привременом престанку обављања делатности здравствене установе/приватне праксе, издато од Агенције за привредне регистре | копија | *Подноси само оснивач здравствене установе/приватне праксе* |
|  | Потврда послодавца о обављеном приправничком стажу-само за приправнике | оригинал | *Подноси се након обављеног приправничког стажа* |
|  | Уверењe/Потврда о положеном стручном испиту, издато од Министарства здравља, односно надлежног државног органа | оверена копија | *Подноси се након полагања стручног испита. Уколико је као доказ поднета оверена копија Потврде, након издавања Уверења обавезно је као доказ доставити оверену фотокопију Уверења.* |
|  | Решење о давању сагласности на одобрену специјализацију | копија решења и копија индекса | *Подноси се након почетка обављања специјалистичког стажа* |
|  | Диплома о положеном специјалистичком испиту или испиту из уже специјализације/Решење о нострификацији дипломе стечене у иностранству | оверена копија | *Подноси се након положеног специјалистичког испита или испита из уже специјализације* |
|  | Уверење о стеченом наставно-научном звању, односно називу примаријус | оверена копија | *Подноси се након стицања наставно-научног звања или стручног назива примаријус* |
|  | Дознака издата од надлежног дома здравља или Решење издато од општинске или градске управе о праву на накнаду зараде за време породиљског одсуства, одсуства са рада ради неге детета и одсуство са рада ради посебне неге детета. | копија | *Подноси се у случају породиљског одсуства, одсуства ради неге детета и одсуства ради посебне неге детета* |
|  | Дознака издата од надлежног Дома здравља | копија | *Подноси се у случају привремене спречености за рад (све врсте боловања)* |
|  | Уверење о незапослености, издато од стране Националне службе за запошљавање | оригинал/оверена копија | *Подноси се када је наступила незапосленост* |
|  | Решење о пензији, или привремено решење, издато од стране Републичког фонда за ПИО | оверена копија | *Подноси се када је остварено право на старосну/инвалидску/породичну пензију* |
|  | Доказ о мировању радног односа  | оригинал/оверена копија | *Подноси се када је остварено право на мировање радног односа* |

|  |
| --- |
| **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 ☐ НЕИако 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 4, 12 и 13 (заокружити број). Упознат/а сам да, уколико наведене податке и документа, неопходна за одлучивање органа, не поднесем у року од најмање 8 дана, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним и решењем ће се одбацити. |
| У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потпис подносиоца захтева |

|  |
| --- |
| **ИНФОРМАЦИЈА ЗА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА** |
| Рок за подношење захтева | 30 дана од дана сазнања за промене |
| Рок за решавање захтева | 15 дана од дана подношења уредног захтева |

|  |
| --- |
| **Финансијски издаци** |
| Не постоји накнада |

|  |
| --- |
| **И З Ј А В А** **подносиоца захтева о обавештености у вези коришћења и обраде личних података од стране Фармацеутске коморе Србије** |
| Изјављујем да сам обавештен-а, у потпуности информисан-а и сагласан-а о сврси и начину обраде мојих података о личности, како је наведено у Информацији коју ми је пружио руковалац – Фармацеутска комора Србије у Београду , ул. Мутапова бр. 25. а све у складу са Законом о заштити података о личности ("Сл. гласник РС", бр. 87/2018) и Законом о архивској грађи и архивској делатности („Сл гласник РС“, бр. 6/2020) а у вези са Законом о коморама здравствених радника („Сл.гласник РС“,бр.107/2005, 99/2010 и 70/2017-одлука УС) и Статутом Фармацеутске коморе Србије („Сл.гласник РС“, бр.156/2020 и 27/2022).Изјављујем да ћу о свакој промени мојих личних података благовремено, а најкасније у року од 30 дана од настанка промене обавестити Комору достављајући одговарајући ЕВ-2 образац и потребну документацију којом доказујем насталу промену. |
| У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потпис подносиоца захтева |

**У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Потпис подносиоца захтева**

**ПОДАЦИ КОЈЕ ПОПУЊАВА ОГРАНАК КОМОРЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Огранак коморе** |  |
| **Датум пријема захтева** |  |
| **Датум увођења у евиденцију коморе** |  |
| **Решење о упису у Именик промене података** | Број: | ИД подносиоца захтева: |
| Датум: |