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

# ЗАХТЕВ

# ЗА ОБНАВЉАЊЕ ЛИЦЕНЦЕ ЧЛАНУ ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

|  |
| --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** |
| **Име и презиме** |  |
| **Пребивалиште** |  |
| **Контакт телефон** |  |
| **ЈМБГ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Адреса електронске поште** |  |
| **Упишите огранак на коме желите да преузмете решење, лиценцу и ИД картицу** |  |
| **ИД број/Број лиценце/Датум до кога важи лиценца** |   |
| **Број и датум уверења о положеном лиценцном испиту** (*само за чланове који су полагали лиценцни испит и на тај начин испунили услов за обнављање лиценце*) |  |

|  |
| --- |
| **ОСТАЛЕ ИНФОРМАЦИЈЕ ПОТРЕБНЕ ЗА РЕШАВАЊЕ ЗАХТЕВА****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: |

У прилогу захтева, достављам следећу документацију (документ под редним бројем 2 орган прибавља по службеној дужности, уз изјаву подносиоца захтева):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р. бр.  | Назив документа | Форма документа  | Специфичности у вези документа  |
|  | **Потврда/е организатора о учествовању на програмима континуиране медицинске едукације акредитованим за фармацеуте.**  | оригинал/оверена копија | *Подноси се само уколико подносиоцу захтева нису евидентирани сви стечени бодови у електронској евиденцији Коморе, у периоду важења лиценце* |
|  | **Решење о стицању права на старосну пензију**  | оверена копија | *За кориснике старосне пензијe. Комора може прибавити документ уз сагласност странке.* |
|  | **Доказ о општој здравственој способности, за обављање делатности**  | оригинал | *Само за кориснике старосне пензије, не старије од 6 месеци* |
|  | **Доказ о уплати накнаде**  | копија | *Плаћање можете обавити путем електронског банкарства или уплатнице/налога за пренос* |
|  | **Једна фотографија, димензије 30 x 35мм** | оригинал | *Уколико достављате лично или путем поште, на полеђени уписати име и презиме* |

|  |
| --- |
| **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 2.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** | 60 дана пре истека рока на који је лиценца издата |
| **Рок за решавање захтева** | 30 дана од дана подношења захтева |

|  |
| --- |
| **Финансијски издаци - Накнада за обнављање лиценце** |
| **Назив и адреса примаоца** | Фармацеутска комора Србије | **Сврха уплате** | Обнављање лиценце |
| **Број рачуна** | 325-9500900015066-04 | **Износ издатка** | 10.000,00 РСД |
| **Модел** | Не уписује се | **Позив на број** | ЈМБГ |

|  |
| --- |
| **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 |

|  |
| --- |
| **САГЛАСНОСТ****за израду чиповане ИД картице са сликом** |
| Својим потписом дајем сагласност за израду чиповане ИД картице која ће садржати моје податке, и то: име и презиме, слику, ИД број, број лиценце, датум издавања и датум важења лиценце, а за потребе идентификације као члана Фармацеутске коморе Србије и континуиране едукације.  |
| У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потпис подносиоца захтева |

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

 **Потпис подносиоца захтева**

|  |
| --- |
| **ПОДАЦИ КОЈЕ ПОПУЊАВА ОГРАНАК КОМОРЕ И КОМОРА** |
| **Огранак коморе** |  | **Датум коначности решења о упису у Именик Коморе** (у случају поновног уписа) |  | **Датум пријема захтева за обнову лиценце** |  |
| **Датум увођења у евиденцију огранка коморе** |  | **Датум експедиције захтева у централу Коморе** |  | **Датум пријема захтева у централу Коморе** |  |
| **Решење о издавању лиценце** | Број: | ИД подносиоца захтева: |
| Датум: | Број лиценце:  |