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

# ЗАХТЕВ

# ЗА ПРЕСТАНАК ЧЛАНСТВА У

# ФАРМАЦЕУТСКОЈ КОМОРИ 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** |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОСТАЛЕ ИНФОРМАЦИЈЕ ПОТРЕБНЕ ЗА РЕШАВАЊЕ ЗАХТЕВА** | | | | |
| **Разлози за престанак чланства** | | | | |
| ☐ Незапослен | ☐ Одлазак у старосну пензију | ☐ Одлазак у инвалидску пензију | ☐ Одлазак на рад у иностранство | ☐ Обављање друге нездравствене делатности |
| ☐ Не желим да будем добровољни члан Коморе | ☐ Друго | | | |
| Датум престанка радног односа у здр. установи/апотеци приватна паркса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р. бр. | Назив документа | Форма документа | Специфичности у вези документа |
|  | **Уверење о стажу осигурања или одјава на обавезно социјално осигурање, издата од Републички фонд за ПИО или ЦРОСО** | оригинал/оверена копија | *У случају када је основ за испис престанк обављања здравствене делатности* |
|  | **Решење o брисању апотеке приватне праксе издато од Агенције за привредне регистре** | копија | *Подноси само оснивач апотеке приватне праксе* |
|  | **Доказ о плаћеним чланаринама** | копија | *Само у случају да уплате нису евидентиране у електронској бази Коморе* |

|  |
| --- |
| **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 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. |
| **ОБАВЕШТЕЊЕ:** У складу са Законом о здравственој заштити, комора по службеној дужности привремено одузима лиценцу здравственом раднику који је исписан из именика надлежне коморе. Привремено одузимање лиценце може трајати до поновног уписа здравственог радника у именик коморе, под условима прописаним овим Законом и таква лиценца важи за преостали период важења претходно издате лиценце. Здравствени радник коме је комора одузела лиценце, дужан је да у року од пет радних дана од дана достављања решења о одузимању лиценце, достави надлежној комори раније издату лиценцу и ИД картицу. |
| У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Потпис подносиоца захтева |

|  |  |
| --- | --- |
| **ИНФОРМАЦИЈА ЗА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА** | |
| **Рок за подношење захтева** | У року од 30 дана од дана престанка обављања апотекарске делатности, уколико не жели да остане добровољни члан Коморе |
| **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 |

|  |
| --- |
| **И З Ј А В А**  **о необављању здравствене, односно апотекарске делатности** |
| Ја \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дипломирани фармацеут-магистар фармације из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ЈМБГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, изјављујем да сам дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.г престао/ла са обављањем здравствене делатности, односно апотекарске делатности у Здравственој установи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и да након тога нисам наставио-ла са обављањем здравствене делатности, односно апотекарске делатности, као професије у другој здравственој установи, односно приватној пракси, односно код другог послодавца у Републици Србији, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита.  Такође изјављујем да не желим да будем добровољни члан Коморе. |
| У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ИЗЈАВУ ДАО-ЛА (својеручни потпис)** |

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

**Потпис подносиоца захтева**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ПОДАЦИ КОЈЕ ПОПУЊАВА ОГРАНАК КОМОРЕ И КОМОРА** | | |
| **Огранак коморе** |  | |
| **Датум пријема захтева** |  | |
| **Датум увођења у евиденцију огранка Коморе** |  | |
| **Решење о извршеном испису** | Број: | ИД подносиоца захтева: |
| Датум: |