**ПОКАНА**

**РАЙОННА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА – СЛИВЕН**

**Адрес гр. Сливен 8800 ул. „ Самуил“ №1, ет.5**

**На основание чл.7 от Условия и ред за сключване на договори за отпускане и заплащане на лекарствени продукти по чл.262,ал.6,т.1 от ЗЛПХМ, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК поканваме притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти, с разкрити на територията на РЗОК – Сливен аптеки да участват в процедура по договаряне за сключване на договор.**

**Притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти, с разкрити на територията на РЗОК – Сливен аптеки желаещи да сключат договор за отпускане и заплащане на лекарствени продукти по чл.262,ал.6,т.1 от ЗЛПХМ, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК следва да представят следните документи:**

**1.Заявление в което се вписват данни за Единния идентификационен код на търговеца от търговския регистър**

**2.** Документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната друга държава на кандидата – само за дружествата, регистрирани в друга държава – членка на Европейския съюз, или в държава – страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство;

 3.Разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека, издадено по реда на ЗЛПХМ – заверен от кандидата препис;

4.Лицензия за търговия на дребно и съхраняване на наркотични вещества – в случаите, когато аптеката ще отпуска лекарствени продукти, съдържащи наркотични и упойващи вещества – заверен от кандидата препис;

5.Договор за управление или трудов договор на ръководителя на аптеката – в случаите, когато същият работи по трудово правоотношение – заверен от кандидата препис;

6.Декларация по образец съгласно приложение № 2 и копие от потвърдената регистрация на трудовите договори в НАП на работещите в аптеката магистър-фармацевти – заверен от кандидата препис;

7.Удостоверения за членство в Българския фармацевтичен съюз и за преминати форми за продължаващо медицинско обучение на ръководителя на аптеката и на работещите в нея магистър-фармацевти, издадени от съответната регионална колегия на БФС с посочен адрес по месторабота на лицата според Националния електронен регистър на членовете на БФС - оригинал

8.Декларация по Приложение 2 към чл.37, ал.2 от Правилника за прилагане на Закона за мерките срещу изпирането на пари за физически лица, действителни собственици на юридическото лице – търговец на дребно с лекарствени продукти, които са учредени по правото на друга държава членка;декларацията се подписва от законния представител или пълномощник на юридическото лице.

10.Декларация за свързани лица по смисъла на §1 от Търговския закон с други търговци на дребно с лекарствени продукти

11.Таблица персонал аптека

Документите следва да бъдат представени до 17.00 часа на 15.04.2019г. - в деловодството на РЗОК Сливен на адрес: гр. Сливен 8800, ул. „ Самуил“ №1, лично, чрез куриерска фирма или по пощата с известие за доставяне.

Разглеждането на документите и сключване на договор с РЗОК се извършва в 14 дневен срок от подаването им.

Лице за контакт: Д.Вълева тел.044/615204- гл.юрисконсулт

 Х.Денчева тел.044/615226 – ст.юрисконсулт

 Директор на РЗОК:....................

 /Д-р Андон Василев/