

ОБРАЗАЦ ИД БРОЈА

ПРИЈАВА/ ПРОМЕНА/ОДЈАВА У ЕВИДЕНЦИЈИ ИД БРОЈЕВА ЛЕКАРА

1. ИД број лекара

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*попуњава филијала РЗЗО/лекар

А Попуњава лекар

2. ПРИЈАВА ПРОМЕНА ОДЈАВА: ПРИВРЕМЕНА ТРАЈНА

3. Датум подношења пријаве/промене/одјаве ИД броја

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Разлог одјаве

5. Име лекара

6. Презиме лекара

7. Број телефона лекара

8. Поштанска адреса лекара на којој прима пошту

9. E-mail адреса лекара

10. ЛБО лекара

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. ЈМБГ лекара

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Број лиценце

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. Врста радног односа

неодређено време одређено време

14. Датум престанка радног односа

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. Изабрани лекар

ДА НЕ

16. Тип ИД броја

- I - др мед./др мед. спец. опште медицине, односно спец. мед. рада
 II - др мед. спец. педијатрије
 III - др мед. спец. гинекологије
 IV - доктор стоматологије
 V - за прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ)
 VI - за прописивање лекова на обрасцима N1 и N2
 VII - лекар специјалиста за прописивање медицинско-техничких помагала

17. Звање након завршених основних студија

доктор медицине доктор стоматологије

18. Назив специјализације

19. Стручни, научни и академски називи

20. Отисак штампбиља ИД броја

21. Потпис лекара

--

*потпис не сме прелазити оквир

Б Попуњава давалац услуга

*давалац услуга је здравствена установа или приватна пракса

22. Назив даваоца услуга код којег је лекар запослен

23. Организациона јединица у којој је лекар запослен

24. Матични број даваоца услуга

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

25. ПИБ даваоца услуга

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

26. Датум попуњавања

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

27. Одговорно лице даваоца услуга

Потпис

--

*потпис не сме прелазити оквир

(М.П.)

В Попуњава Републички завод за здравствено осигурање

28. Назив филијале

29. Захтев одбачен - разлог

непотпун нејасан нечитак

30. Захтев одобрен

ДА НЕ

31. Датум одбацивања/одобравања/одбијања

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

32. Одговорно лице филијале РЗЗО

Потпис

--

*потпис не сме прелазити оквир

(М.П.)

33. Одговорно лице дирекције РЗЗО

Потпис

--

*потпис не сме прелазити оквир

(М.П.)

Упутство за попуњавање обрасца

I

- Поље број 1: попуњава се само ако лекар већ има ИД број;
- Поље број 2: попуњава се обавезно у зависности од захтева;
- Поље број 3: датум се односи на датум подношења пријаве, промене или одјаве ИД броја;
- Поље број 7: број телефона лекара може да буде фиксни или мобилни;
- Поље број 8: адреса лекара на којој прима пошту не мора да буде адреса из личне карте, већ адреса на којој ће лекар примити обавештења везана за ИД број (то може да буде адреса на којој станује или адреса здравствене установе);
- Поље број 9: Е-маил лекара је опционо поље и може се оставити празно. Е-маил ће лекару служити за пријем обавештења од Републичког завода која се односе на промене везане за Листу лекова или промене у начину прописивања лекова. Иста обавештења достављају се и здравственим установама;
- Поље број 14: датум престанка радног односа попуњава се ако се ИД број одјављује због престанка радног односа и у случају да је у пољу број 13 означено да је лекар засновао радни однос на одређено време;
- Поље број 16: тип ИД броја означава се у зависности од овлашћења која лекар добија додељивањем ИД броја;
- Поља 18 и 19 су опциона и попуњавају се само уколико назив специјализације, стручни, научни и академски назив који има лекар, по броју словних места и величини слова може да стане у један и то трећи ред на штамбиљу ИД броја; Ако није могуће да се сви наведени подаци унесу у трећи ред штамбиља тако да буду читљиви, лекар има могућност да изабере које од наведених звања и назива жели да унесе у штамбиљ ИД броја;
- Поље број 20: обавезно ставити отисак штамбиља ИД броја (осим за лекара који први пут подноси захтев);
- Поље 29: попуњава филијала односно дирекција Републичког завода уколико Образац ИД броја садржи неки недостатак; Лекар/здравствена установа, у том случају, морају да попуне нови образац и да отклоне недостатке;
- Поље 30: попуњава филијала, односно дирекција Републичког завода када доноси одлуку о додели ИД броја; Ако лекар/здравствена установа после „опомене“ из поља 29 доставе поново неисправан образац, такав захтев ће бити одбијен;
- Поље 31: уписује се датум одбацивања захтева из поља 29., односно датум доношења одлуке о ИД броју из поља 30.

II

Сви унети подаци морају бити тачни. За тачност података солидарно одговарају лекар и давалац услуга.

III

Подносилац је дужан да на захтев Републичког завода / филијале поднесе сва документа којима доказује тачност унетих података.

IV

Уз захтев за доделу ИД броја, подносилац доставља потписани уговор о коришћењу ИД броја.

V

Захтев се попуњава у 3 (три) примерка.

VI

Захтев за одјаву ИД броја или промену података у Евиденцији, подноси се у року од три дана од дана настанка разлога за одјаву или промену.

Уз захтев за одјаву ИД броја, подносилац доставља изјаву лекара да је печат украден или изгубљен или записник о уништењу печата.

VII

У случају да је образац непотпун, нејасан или нечитак, филијала враћа сва три примерка подносиоцу ради исправке и допуне. Ако подносилац не врати исправљене примерке захтева, сматраће се да захтев није ни подношен.

Напомена: У случају крађе или губитка штамбиља, лекар је дужан да одјаву штамбиља изврши одмах.