



**НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА  
РАЙОННА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА – ЛОВЕЧ**

**Regional Health Insurance Fund- Lovech**

5500 гр.Ловеч, ул. “Кубрат” 7, тел: 068/ 688 111, e-mail: rzok\_lovech@lov.nhif.bg

**П О К А Н А**

На основание чл.10, ал.1 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 диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК (Обн., ДВ, бр. 1 от 02.01.2024г.), и.д.директорът на РЗОК гр.Ловеч – Маринела Иванова, открива процедура по набиране на документи за сключване на договори с притежатели на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти, чиито аптеки са разкрити на територията на РЗОК Ловеч.

За сключване на договор, кандидатът подава до директора на РЗОК заявление по образец съгласно приложение №1, в което вписва данни за Единния идентификационен код на търговеца или кооперацията от търговския регистър. Към заявлението се прилагат следните документи:

1. 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;

2. разрешение за търговия на дребно с ЛП в аптека, вписано в регистъра на ИАЛ, издадено по реда на ЗЛПХМ - **заверен от кандидата препис;**

3. за ръководителя на аптеката- договор за управление, на вписания в ТР магистър-фармацевт,представляващ дружеството заявител, или трудов договор в случаите, когато същия работи по трудово правоотношение - **заверен от кандидата препис;**

4. 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;**

5. удостоверения за членство в БФС 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;**

6. декларация за свързани лица по смисъла на § 1 от Търговския закон с други търговци на дребно с лекарствени продукти, търговци на едро и ЛЗ по образец съгласно приложение № 5;

7. Данни на персонала, работещ в аптеката - **по образец - Приложение №4;**

Място и срок за получаване на образец от комплекта документи – РЗОК Ловеч до 16.30ч. на 15.01.2024 г.

Място и срок на подаване на документи – стая № 5(деловодство), ет.1 в сградата на РЗОК Ловеч до 16.30ч. на 15.01.2024г.

Срок за разглеждане на документите и сключване на договори- документите се разглеждат по реда на постъпването им и в 14-дневен срок се сключва договор с кандидатите, които отговарят на всички условия. Индивидуалните договори, ще се подписват по график, обявен на видно място в сградага на РЗОК Ловеч.

Длъжностни лица за контакти в РЗОК Ловеч:

Даниела Велинова Пенчева и Светла Иванова Господинова

Телефон за контакт: 068 688 115

И.Д.ДИРЕКТОР РЗОК- Ловеч:  
Маринела Иванова

