



РАЙОННА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА – ПЛОВДИВ

гр. Пловдив, ул. "Христо Чернопеев" № 14, тел: 032/60 30 11, факс: 60 30 13, plovdiv@nhif.bg



УТВЪРЖДАВАМ:

ЙОРДАНКА КАРАИВАНОВА
ДИРЕКТОР НА РЗОК - ПЛОВДИВ

Дата на утвърждаване: 02.01.2025г.

ПОКАНА

На основание чл. 42, т.2 и т. 5 от Правилника за устройството и дейността на НЗОК, във връзка с чл. 20, ал.1 т.5 от ЗЗО, чл. 45, ал. 17 от ЗЗО и чл. 262, ал. 6 ,т.1 от ЗЛПХМ, НЗОК чрез РЗОК- Пловдив, представлявана от Директор- Йорданка Караиванова, открива процедура по договаряне за сключване на договор и с притежатели на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти на територията на РЗОК-Пловдив.

Кандидатите следва да представят следните документи за сключване на договор с НЗОК/ РЗОК-Пловдив:

Заявление по образец, съгласно Приложение № 1, в което вписва данни за Единния идентификационен код на търговеца или кооперацията от търговския регистър. Към заявлението ведно с Приложенията се прилагат и 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 търговския регистър магистър-фармацевт, представляващ дружеството заявител, или трудов договор в случаите, когато същият работи по трудово правоотношение – заверен от кандидата препис;

3а. В случаите, когато притежателят на разрешение за търговия на дребно с ЛП е магистър-фармацевт и е ръководител на аптеката – едноличен търговец, не е необходимо представянето на трудов договор или договор за управление на аптеката;

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 лечебни заведения по образец съгласно Приложение № 5.

Забележка*: За кандидатите, които желаят да изпълняват лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества/ при условията на ЗКНВП/ - Лицензия за търговия на дребно съхраняване на наркотични вещества по реда на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП)- заверен от кандидата препис;

Образец на комплекта документи за участие може да получите в сградата на РЗОК-Пловдив, гр. Пловдив, ул. Христо Чернопеев № 14.

Комплектът с попълнени и подписани документи от кандидатите се подава в деловодството на РЗОК-Пловдив, в работно време от 8.30 до 17.00, или по електронна поща, подписани с квалифициран електронен подпис, или чрез доставчик на универсална пощенска услуга, или чрез Системата за сигурно електронно връчване (ССЕВ) до дата 15.01.2025г.

Директорът на РЗОК-Пловдив, разглежда подадените документи и в 14- дневен срок сключва договор по образец съгласно Приложение № 3. При непълнота и /или неточност в подадените документи, директорът на РЗОК-Пловдив, писмено уведомява кандидата за това обстоятелство и определя 14- дневен срок за отстраняването му. В тези случаи срокът спира да тече до отстраняване на непълнотата и/или неточността.

Подписването на договорите с кандидатите, отговарящи на изискуемите условия, ще се осъществи в 14- дневен срок от подаване на заявленията, по определен график, който ще бъде публикуван на интернет страницата на НЗОК, рубрика РЗОК /РЗОК – Пловдив, модул „Обявления /уведомления“ и „Документи, свързани със сключване на договори“ и поставен на видно място в сградата на РЗОК- Пловдив, гр. Пловдив, ул. Христо Чернопеев № 14.

Сключените договори са със следния срок на действие:

- За срок от 01.01.2025 г. до 31.03.2025 г.- за търговците на дребно, които са имали сключен договор преди 01.01.2025 г.
- За срок от датата на подписване на договора до 31.03.2025 г.- за търговците на дребно, които не са имали сключен договор преди 01.01.2025 г., както и за тези търговци на дребно, които са получили разрешение за търговия на дребно след 01.01.2025 г.

Сключените преди влизане в сила на “Условия и ред” договори с търговците на дребно се прекратяват, считано от 16.01.2025 г., ако търговецът не е подал заявление за сключване на договор, съгласно “Условия и ред”. При неподписване на договор в срок до 15.01.2025 г. се сключва срочен договор за периода от 01.01.2025 г. до 15.01.2025 г. включително, след което договорът се счита за прекратен.

При отказ от страна на Директора на РЗОК- Пловдив за сключване на договор, ако търговецът на дребно е имал сключен договор преди 01.01.2025г., се сключва срочен договор от 01.01.2025г. до датата на издаване на отказа.

На интернет страницата на НЗОК в линк “Лекарства и аптеки”, подлинк “За търговци на дребно с лекарства (ТД) – аптеки” са публикувани Условия и ред за сключване на индивидуални договори за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените

продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК (обн., ДВ, бр. 109 от 2024г.)

Настоящата покана и примерни образци на документите ще бъдат публикувани на интернет страницата на НЗОК, рубрика РЗОК /РЗОК – Пловдив, модул „Обявления /уведомления“ и „Документи, свързани със сключване на договори“

Лица за контакт:

Стефка Денева- контролър, тел 032/60-30-71, Гертана Георгиева- контролър, тел: 032/60-30-68, Виктория Тенчева- контролър, тел: 032/60-30-74, Илиана Николова- контролър, тел: 032/60-12-12, Величка Мерджанова- контролър, тел: 032/60-31-12.

Приложения:

1. Заявление за сключване на договор (приложение № 1);
2. Декларация по образец (приложение № 2);
3. Данни на персонала, работещ в аптеката (приложение № 4);
4. Декларация по чл. 6, т. 6 към “Условия и ред” за сключване на индивидуални договори за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от ЗЛПХМ (приложение № 5).

Образец на заявление

**към Условия и ред за сключване на индивидуални договори за заплащане на
лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в
хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални
медицински цели, съгласувани между НЗОК и БФС на основание чл. 45, ал. 17 от
ЗЗО**

ДО
ДИРЕКТОРА НА
РЗОК ГР.

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

*(пълно наименование на притежателя на разрешение за търговия на дребно с
лекарствени продукти в аптека)*

със седалище и адрес на управление:

представявано от

*(за юридическо лице – пълно наименование на представителя, седалище и адрес на
управление; за физическо лице – трите имена, ЕГН, постоянен адрес)*

в качеството му на

с документ, удостоверяващ представителната власт*:

*(*попълва се само от заявители, които са упълномощени лица, или от заявители,
регистрирани в друга държава – членка на Европейския съюз, или в държава – страна
по Споразумението за Европейското икономическо пространство)*

IBAN

BIC

банка (клон)

тел.:

e-mail:

Разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти №/..... ,

издадено от

Национален идентификационен номер на аптеката (десетцифрен) съгласно Публичния
регистър на Разрешенията за търговия на дребно с лекарствени продукти (Регистър
Аптеки) в НЗИС:

Адрес на аптеката: област

община ,
гр./с. ,
ул. №, тел.: ,
ръководител на аптеката:
маг.-фарм. ,
ЕГН, УИН
Адрес за кореспонденция:
.....
тел.: ,
e-mail: ,
моб. телефон:

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН/ ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

На основание чл. 7, ал. 1, чл. 16, ал. 1 и чл. 19б от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели и на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК (Наредба № 10) кандидатствам за сключване на договор за отпускане на следните продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК:

1. Всички лекарствени продукти по чл. 2, ал. 1, извън тези по чл. 2, ал. 2, т. 2 и 3 от Договора

2. Лекарствени продукти от следните групи:

2.1. Лекарствени продукти от група IA, предписвани по „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“ (обр. МЗ – НЗОК)

2.2. Лекарствени продукти от група IB, предписвани по „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“ (обр. МЗ – НЗОК)

2.3. Лекарствени продукти от група IC, предписвани по „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“ (обр. МЗ – НЗОК), без тези по т. 2.3.1, т. 2.3.2 и т. 2.3.3

2.3.1. Лекарствени продукти за поддържаща хормонална терапия на болни от злокачествени заболявания

2.3.2. Лекарствени продукти – аналогови инсулини

2.3.3. Лекарствени продукти, предназначени за поддържащо лечение на трансплантирани пациенти

(в случай че изпълнителят ще отпусна лекарствени продукти от съответната група по чл. 2, ал. 2, т. 2 и 3, в квадратчето срещу нея се поставя знак „X“)

2.4. Лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества

3. Медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели по чл. 3, ал. 2 от следните групи:

3.1. Диетични храни за специални медицински цели

3.2. Медицински изделия за стомирани болни

3.3. Медицински изделия – тест-ленти

3.4. Медицински изделия – превръзки за булозна епидермолиза

3.5. Медицински изделия за прилагане с инсулинова помпа

3.6. Сензори за продължително измерване на нивото на глюкозата

3.7. Интермитентни катетри

3.8. Медицински изделия за кислородотерапия

(в случай че изпълнителят ще отпусна медицински изделия и/или диетични храни за специални медицински цели по чл. 3, ал. 2, в квадратчето срещу съответната група се поставя знак „X“)

Прилагам 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. лицензия за търговия на дребно и съхраняване на наркотични вещества по реда на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП) – заверен от кандидата препис;

За в случаите, когато притежателят на разрешение за търговия на дребно с ЛП е магистър-фармацевт и е ръководител на аптеката – едноличен търговец, не е необходимо представянето на трудов договор или договор за управление на аптеката;

4. за ръководителя на аптеката – договор за управление на вписания в търговския регистър магистър-фармацевт, представляващ дружеството заявител, или трудов договор в случаите, когато същият работи по трудово правоотношение – заверен от кандидата препис.

5. 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;

6. 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;

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

Дата:

.....

(подпис и печат на заявителя)

Образец на декларация

**към Условия и ред за сключване на индивидуални договори за заплащане на
лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в
хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални
медицински цели, съгласувани между НЗОК и БФС на основание чл. 45, ал. 17 от
ЗЗО**

ДЕКЛАРАЦИЯ

ОТ,

*(пълно наименование на притежателя на разрешение за търговия на дребно с
лекарствени продукти в аптека)*

ЕИК,

със седалище и адрес на управление:,

.....,

представявано от,

.....

*(за юридическо лице – пълно наименование на представителя, седалище и адрес на
управление; за физическо лице – трите имена, ЕГН, постоянен адрес)*

в качеството му на,

с документ, удостоверяващ представителната власт:,

IBAN,

BIC,

банка (клон),

тел.:,

e-mail:

Разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти №/,

издадено от

Адрес на аптеката: област,

община,

гр./с.,

ул. №, тел.:,

ръководител на аптеката:

маг.-фарм.,

ЕГН, УИН

Адрес за кореспонденция:

.....,

тел.:

e-mail:

моб. телефон:

С настоящата декларация

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Запознат съм с Условия и ред за сключване на договори за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, съгласувани между НЗОК и БФС на основание чл. 45, ал. 17 от ЗЗО.

2. Ръководителят на разкритата от мен аптека магистър-фармацевт работи само в посочената аптека.

3. В аптеката разполагам със:

– компютър, разположен в приемното помещение;

– софтуер, отговарящ на основните изисквания на НЗОК.

4. Аптеката ще работи с работно време:

денонощен режим на работа (24/7)

по график (в случай че не е отбелязан денонощен режим на работа)

– в делнични дни: от до

в почивни дни:

– събота: от до ...

– неделя: от до ...

в празнични дни:

– от до

5. В аптеката работят: бр. магистър-фармацевти.

При промяна на горепосочените обстоятелства се задължавам да уведомя РЗОК в сроковете и по реда, установени в образеца на договор за отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, заплащани напълно или частично от НЗОК/РЗОК.

Дата:

.....

(подпис и печат)

Приложение № 4

Данни на персонала, работещ в аптека.....,

гр./с.

Регистрационен № на аптеката	Наименование на аптеката	Име	Презиме	Фамилия	ЕГН	УИН на магистър-фармацевта	Образователно-квалификационна степен	Работно време (в часове на ден, по договор)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
xxxxxxx	xxxxxxx x	xxxxxxx x	xxxxxx	xxxxxxx	xxxxx xxxxx xx	xxxxxxx xxxxx	Магистър-фармацевт	
		xxxxxxx x	xxxxxx	xxxxxxx	xxxxx xxxxx xx		Магистър-фармацевт	

ДЕКЛАРАЦИЯ

към чл. 6, т. 6

от – представител на:,

*(физическо или юридическо лице, регистрирано като търговец по българското
законодателство или по законодателството на държава членка)*

с ЕИК,

седалище и адрес на управление:

.....

Във връзка с подаденото заявление за сключване на договор за отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, заплащани напълно или частично от НЗОК/РЗОК, и на основание чл. 6, т. 6 от Условия и ред за сключване на индивидуални договори за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК,

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

1. Не съм/съм свързано лице по смисъла на § 1 от Търговския закон с други търговци на дребно с лекарствени продукти, притежаващи разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти, издадено по реда на ЗЛПХМ, търговци на едро и лечебни заведения.

(Вярното се подчертава, като в случаите на свързаност се посочват свързаните лица:

.....)

2. Нямам наложена по предходен договор с НЗОК санкция „прекратяване на договор“, влязла в сила през последните 12 месеца, преди подаването на заявлението за сключване на договор, включително на свързани с мен лица, притежатели на разрешение за търговия на дребно с ЛП по смисъла на § 1 от Търговския закон, на същия адрес на аптеката, вписан в разрешението.

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни нося наказателна отговорност съгласно чл. 313 от Наказателния кодекс.

Град

Дата:

ДЕКЛАРАТОР:

(.....)