МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

СЕКТОР ЗА ИНСПЕКЦИЈСКЕ ПОСЛОВЕ

ОДЕЉЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ИНСПЕКЦИЈЕ

ОДСЕК У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРЕДМЕТ: ЗАХТЕВ за давање сагласности за обављање тестирања на SARS-CoV-2

Молим да се **потврди** испуњеност услова у погледу кадрова, опреме и просторија за обављање **PCR тестирања** на SARS-CoV-2 у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, бр. \_\_\_, општина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

За обављање здравствене делатности запослен је следећи КАДАР:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ред.број | Име и презиме | Стручна спрема/специјалност | Лиценца надлежне коморе здравствених радника (да/не) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. | и други |  |  |

За обављање здравствене делатности обезбеђена јеследећаОПРЕМА:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | 4. |  |
| 2. |  | 5 |  |
| 3. |  | 6. | и друга |

За обављање здравствене делатности обезбеђене су следећеПРОСТОРИЈЕ:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Намена просторије | м2 |  | Намена просторије | м2 |
| 1. |  |  | 3. |  |  |
| 2. |  |  | 4. | и друге |  |

РАДИ ДОНОШЕЊА ПРАВИЛНЕ ОДЛУКЕ ПО ЗАХТЕВУ ПОТРЕБНИ СУ СЛЕДЕЋИ ПРИЛОЗИ:

1.Копија решења здравственог инспектора Министарства здравља о испуњености услова за почетак рада

2.Копија решења Агенције за привредне регистре/надлежног регистарског суда о упису у регистар привредних субјеката

3.Доказ о извршеној уплати републичке административне таксе (320,оо динара, уплаћених на рачун Буџета РС број 840-742221-843-57, Позив на број: 97 \_\_\_\_\_\_

**НАПОМЕНА**: Остале потребне доказе обезбедићу на увид инспектору, при вршењу ванредног инспекцијског надзора, по поднетом захтеву

 ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оснивач приватне праксе/директор ЗУ)