



Broj: 03-49-730/18
Bihać, 01.02.2018. godine

Zavod zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, na osnovu člana 103. Zakona o zdravstvenom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine, člana 26. Statuta Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona („Službeni glasnik Unsko-sanskog kantona“, broj: 12/15), Odluke upravnog odbora Zavoda broj:01-37-710/18 od 31.01.2018. godine, u vezi sa Finansijskim planom Zavoda zdravstvenog osiguranja i Programom zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za Unsko-sanski kanton za 2018. godinu, objavljuje

JAVNI POZIV ZA UČEŠĆE U PROGRAMU SUFINANSIRANJA NABAVKE BEZGLUTENSKE HRANE

I. Predmet javnog poziva

Pozivaju se osigurana lica Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona koja su zainteresirana za učešće u programu sufinansiranja nabavke bezglutenske hrane da podnesu prijave u skladu sa kriterijima iz ovog Javnog poziva.

Sufinansiranje troškova utrošenih za nabavku bezglutenske hrane vršiće se u okviru sredstava planiranih finansijskim planom Zavoda za 2018. godinu a koja su predviđena za tu namjenu.

Iznos sufinansiranja određuje se u jednakom iznosu ovisno od broja prijavljenih oboljelih od glutenske enteropatije (celijakija) po objavljenom javnom pozivu od strane Zavoda.

II. Kriteriji za učešće u programu sufinansiranja su:

1. Opći kriteriji :
 - a) da podnosioci zahtjeva imaju status osiguranog lica Zavoda
2. Medicinski kriteriji :
 - a) Utvrđena dijagnoza glutenska enteropatija (celijakija)

III. Potrebna dokumentacija

Uz prijavu na Javni poziv zainteresirana lica su obavezna priložiti slijedeću dokumentaciju:

- a) Fotokopija zdravstvene knjižice,
- b) Transakcijski račun(ugovor s bankom ili potvrda banke),
- c) Madićinska dokumentacija

IV. Rok za prijavu

Zainteresirana osigurana lica Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona mogu podnijeti prijave za učešće po ovom Javnom pozivu do 05.03.2018. godine.

Prijave se podnose na adresi Zavoda Ulica 5. Korpusa br. 10 Bihać, Odjeljenje za pravne i opće poslove, kancelarija broj 9, sa naznakom „Prijava na javni poziv za sufinansiranje nabavke bezglutenske hrane“.

V. Napomena

Prijave na javni poziv osiguranih lica razmatra stručna služba Zavoda.

Almin dr Handanagić, spec. interne medicine





PODNOŠIOCI ZAHTJEVA :

_____ (ime i prezime)

Adresa: _____

Telefon: _____

ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
UNSKO-SANSKOG KANTONA
BIHAĆ

PREDMET: Zahtjev za učešće u programu sufinansiranja nabavke bezglutenske hrane za 2018. godinu
Po osnovu Javnog poziva za učešće u programu sufinansiranja nabavke bezglutenske hrane za 2018. godinu, obraćamo se ovim zahtjevom za učešće u istom.

Upoznati smo sa uvjetima i kriterijima Javnog poziva i prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Fotokopija uredno ovjerene zdravstvene knjižice
2. Medicinsku dokumentaciju (anamneza, nalazi i mišljenja, ...)
3. Broj tekućeg računa (potvrda banke ili fotokopija ugovora o tekućem računu)

Potpis podnosioca zahtjeva

Dana _____.2018. godine, u _____.
