# ЗАХТЈЕВ[[1]](#footnote-2) СЕ ПОДНОСИ ЗА:

***[ ]*** Акредитацију ***[ ]***  Проширење акредитације ***[ ]*** Понављање поступка акредитације

# Носилац АКРЕДИТАЦИЈЕ (здравствена установа)

|  |  |
| --- | --- |
| **Пуни назив установе:** |       |
| **Сједиште:**  | Мјесто: |       | Поштански број: |       |
| Улица и број: |       |
| Телефон: |       | Телефакс: |       |
| Адреса електронске поште: |       |
|  |  |
| Лице овлашћено за заступање: |       |
| Шифре дјелатности: |  |
| Укупан број запослених: |       |

# Лице за контакт

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме: |       |
| Радно мјесто: |       | Телефон: |       |
| Адреса електронске поште: |       |

# Запослени и организационИ дијелови зу који се пријављују за АКРЕДИТАЦИЈУ

|  |  |
| --- | --- |
| **Организациони дио здравствене установе који се пријављује за акредитацију[[2]](#footnote-3)** | **Број запослених**  |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

*(уколико је потребно проширите табелу)*

# прилози Уз захтјев:

1. рјешење Министарства здравља и социјалне заштите о испуњености услова у погледу простора, кадра, и опреме за почетак рада здравствене установе (фото-копија),
2. рјешење о утврђивању статуса сертификоване здравствене установе (фото-копија),
3. акт о оснивању здравствене установе и статут (фото-копија),
4. акт о унутрашњој организацији и систематизацији радних мјеста (фото-копија),
5. важеће оперативне процедуре у складу са дјелатностима здравствене установе.

Мјесто и датум Име и презиме овлашћеног лица

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

 Потпис овлашћеног лица

 М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Попуњени захтјев са прилозима и документацијом наведеном у тачки 5, у штампаном облику доставити на адресу:*

***ЈУ Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске***

*Владике Платона бб, 78000 Бања Лука*

*ИЛИ, у електронксом облику (A4, PDF формат), као цјеловити документи (фотографије у било којем формату, као и скенирани исписи појединачних страница се не прихватају, на e-mail:*

***akreditacija@askva.org***

*Контакт телефон/факс/e-mail за све додатне информације и обавјештења:*

*+387 51 348 348 / +387 51 348 346 /* *akreditacija@askva.org*

1. Упутство за попуњавање захтјева и прилога уз захтјев је доступно на интернетској страници Агенције (*www.askva.org*) и у просторијама Агенције [↑](#footnote-ref-2)
2. Навести све организационе дијелове здравствене установе који се пријављују за акредитацију [↑](#footnote-ref-3)