**Образец 1 - Иницијатива**

**До**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**И Н И Ц И Ј А Т И В А**

**за отпочнување на постапка за склучување на посебен договор за лек**

**I. ПОДАТОЦИ ЗА ПОДНОСИТЕЛОТ НА ИНИЦИЈАТИВАТА**

|  |
| --- |
| **Назив на субјектот- полн назив** |
| Министерство за здравство |
|  Адреса | Улица, “50 Дивизија“ | Број. 14 |
| Место - Скопје | Општина - Центар |
| Контакт телефон  |  02 3 126 206 |

|  |
| --- |
| **Податоци за одговорно лице на субјектот**  |
| Име и презиме | Министер за здравство |
| Контакт телефон |  |

**II. ПРЕДМЕТ НА ИНИЦИЈАТИВАТА**

|  |
| --- |
| Во иницијативата се посочува дека предметниот лек нема конкуренција од технички причини во прометот |
|  |

**III. ПОДАТОЦИ ЗА ЛЕКОТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Интернационално незаштитено име (INN); |  |
| Фармацевтска дозирана форма и јачина: |  |

*Се наведуваат сите фармацевтски форми и јачини на лекот, за кој се покренува иницијатива за отпочнување на постапка за склучување на посебен договор*

**Иницијативата се однесува на (*се заокружува една од дадените опции*):**

**А.** Лек што се финансира од програма финансирана од буџетски средства на Владата на Република Северна Македонија,

**Б.** Лек што се наоѓа на Листата на лекови кои се на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување,

**В.** Лек што се финансира од средствата за задолжително здравствено осигурување, а не се наоѓа на Листата на лековикои паѓаат на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување,

**Г.** Лек за кој е поднесено барање до Министерството за здравство за ставање на Листата на лекови кои паѓаат на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување.

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **Име, презиме и звање на одговорното лице**  |
|  | **М.П** |  |
| **Датум** |  | **Потпис на одговорното лице** |