**ОБРАЗАЦ БР. 11 - ОВЛАШЋЕЊЕ НОСИОЦА ДОЗВОЛЕ ЗА ЛЕК ЗА УЧЕСТВОВАЊЕ ПОНУЂАЧА У ЦЕНТРАЛИЗОВАНОЈ ЈАВНОЈ НАБАВЦИ**

**О В Л А Ш Ћ Е Њ Е**

Овлашћује се \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, да учествује у отвореном поступку јавне набавке Лека са Листе Ц Листе лекова за 2019. годину, infliksimab – referentni lek, бр. 404-1-110/19-71, са доле наведеним леком носиоца дозволе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Предмет набавке** | **Јединица мере** | **Количина** |
| Лек са Листе Ц Листе лекова за 2019. годину, infliksimab – referentni lek | bočica | 2.000 |

Овим овлашћењем обавезујемо се да ћемо као носилац дозволе за лекове који су предмет понуде:

1. благовремено обезбедити обнову дозволе за лек који је предмет јавне набавке, односно обезбедити да лек може бити у промету, за све време трајања оквирних споразума, односно закључених уговора са здравственим установама, најмање у количинама дефинисаним оквирним споразумом, као и да у наведеном периоду за исти нећемо поднети захтев за скидање са Листе лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања;
2. обезбедити Добављачу континуитет у испоруци по врсти и количини лекова из оквирног споразума, односно закључених уговора са здравственим установама, који су предмет јавне набавке, за све време трајања оквирног споразума, односно закључених уговора са здравственим установама;
3. гарантовати цену и у случају корекције исте у складу и на начин дефинисан оквирним споразумом, односно закљученим уговорима са здравственим установама
4. испоручивати лек који је предмет оквирног споразума, односно закљученог уговора, који ће Добављачу у сваком тренутку омогућити испоруку здравственим установама, са роком трајања од најмање 9 месеци од дана испоруке, а изузетно, за лекове чији је произвођачки рок 9 месеци или краће, рок трајања лека не може бити краћи од 2/3 произвођачког рока.

|  |  |
| --- | --- |
| **У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Овлашћено лице носиоца дозволе:** |
|  |  |
| **дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Напомена:**

Образац је потребно доставити за сваког носиоца дозволе за лек, чији се лекови нуде. У случају да се нуде лекови више различитих носиоца дозволе за лек, образац копирати у довољном броју примерака, за сваког носиоца дозволе за лек.