



РЕГИСТАР ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА
РЕГИСТРАЦИОНА ПРИЈАВА ПОКРЕТАЊА ПОСТУПКА ЛИКВИДАЦИЈЕ
ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ У ПРИВАТНОЈ СВОЈИНИ

Пријаву подносим непосредно у Агенцији
и захтевам да ми се изда потврда о поднетој пријави:

Пријава се подноси због одбацивања претходне пријаве број:

МЕСТО ЗА БАРКОД
додељује АПР

*** НАПОМЕНА:**

Уколико се пријава подноси због одбацивања раније поднете пријаве подносилац је у обавези да упише број претходно одбачене пријаве.

НАЗИВ

Матични
број:

ДОСТАВЉАЊЕ ПИСМЕНОГ ОТПРАВАК ОДЛУКЕ РЕГИСТРАТОРА

*** НАПОМЕНА:**

Увид у садржај одлуке регистратора може се извршити преко интернет стране АПР-а, а писмени отправак одлуке доставља се искључиво на изричит захтев подносиоца.

Захтевам да писмени отправак одлуке регистратора буде достављен на **један** од следећих начина:

<input type="checkbox"/> Поштом на адресу подносиоца у Републици Србији	<input type="checkbox"/> Поштом на адресу седишта	<input type="checkbox"/> Лично у ОЈ АПР-а:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Поштом на адресу за пријем поште	<input type="checkbox"/> Лично у седишту АПР-а у Београду	<input type="checkbox"/> Електронском поштом:	<input type="text" value="(у припреми)"/>

ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ПРИЈАВЕ

Име:

Презиме:

ЈМБГ:

Број пасоша и држава издавања (за странца):

**уносом ЈМБГ/броја пасоша подносиоцу се омогућава претрага статуса пријаве по подносиоцу на интернет страни АПР.*

Адреса подносиоца (у Републици Србији):

Општина:

Место:

Улица:

Број и назив поште:

Број и слово: Спрат и број стана:

Контакт подаци подносиоца пријаве:

Телефон:

Е-пошта:

Потписивањем регистрационе пријаве подносилац гарантује за тачност унетих података сходно одредби члана 45. Закона о поступку регистрације у Агенцији за привредне регистре.

М.П.
(за здравствене установе
у јавној својини)

Потпис подносиоца пријаве:

**РЕГИСТАР ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА
РЕГИСТРАЦИОНА ПРИЈАВА ПОКРЕТАЊА ПОСТУПКА ЛИКВИДАЦИЈЕ
ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ У ПРИВАТНОЈ СВОЈИНИ**

У регистроване називе уписује се ознака “у ликвидацији”

Бришу се регистровани заступници и региструје се:

Ликвидациони управник

Име:	<input type="text"/>	Презиме:	<input type="text"/>
ЈМБГ: <small>(лични број за странца)</small>	<input type="text"/>	Број пасоша и држава издавања <small>(за странца):</small>	<input type="text"/>
Град/место:	<input type="text"/>		
Општина:	<input type="text"/>		
Улица:	<input type="text"/>		
Број и слово:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Спрат и број стана:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Број и назив поште:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

У складу са одредбом члана 533. Закона о привредним друштвима, на интернет страни АПР се објављује оглас о покретању поступка ликвидације који садржи назив, матични број и седиште здравствене установе, са позивом повериоцима да пријаве своја потраживања на адресу здравствене установе, у року од 120 дана од дана објављивања огласа.

Ако је потребно да се пријава потраживања врши на другу адресу а не на адресу седишта здравствене установе, уписати адресу за пријаву потраживања

Град/место:	<input type="text"/>		
Општина:	<input type="text"/>		
Улица:	<input type="text"/>		
Број и слово:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Спрат и број стана:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Број и назив поште:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Упозоравају се повериоци да ће њихово потраживање бити преклудирано ако га не пријаве у напред наведеном року.

Упис покретања поступка ликвидације:

Уз пријаву покретања поступка ликвидације, подноси се:

- Одлука надлежног органа о покретању поступка ликвидације и именовању ликвидационог управника;
- Фотокопија личне карте, пасоша или личне карте за странца као документ о идентитету ликвидационог управника, ако то лице није био регистровани заступник здравствене установе;
- Доказ о уплати прописане накнаде.