**PRIJAVNI OBRAZEC**

**SAM-1**

## PODATKI O PONUDNIKU - ZASEBNEMU ZDRAVSTVENEMU DELAVCU

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE |  |
| EMŠO |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |
| TELEFONSKA ŠTEVILKA |  |
| ELEKTRONSKI NASLOV |  |
| NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI |  |

V okviru javnega razpisa Občine Vodice, za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti v Občini Vodice kandidiram za podelitev koncesije na razpisanem programu zdravstvene dejavnosti:

zobozdravstvo odraslih – 1,00 program

**3.1.**

Izjavljam:

* da se v celoti strinjam in sprejemam vse pogoje iz razpisne dokumentacije in vsa merila za izbor koncesionarja s tem javnim razpisom,
* da nisem subjekt, za katerega bi za Občino Vodice veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/11 – uradno prečiščeno besedilo, 158/20, 3/22 – ZDeb in 16/23 – ZZPri) ter
* da pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi za podelitev koncesije resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Občini Vodice, da za namene tega javnega razpisa lahko opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum: PONUDNIK: (podpis ponudnika)

**PRIJAVNI OBRAZEC**

**PO/S.P.-1**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (PRAVNE OSEBE OZ.**  **SAMOSTOJNEGA PODJETNIKA)** |  |
| NASLOV |  |
| MATIČNA ŠTEVILKA |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |
| TELEFONSKA ŠTEVILKA |  |
| ELEKTRONSKI NASLOV |  |
| NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI |  |

**ZAKONITI ZASTOPNIK PONUDNIKA**

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |
| TELEFONSKA ŠTEVILKA |  |
| ELEKTRONSKI NASLOV |  |

**PODATKI O ODGOVORNEM NOSILCU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU**

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE |  |
| EMŠO |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |
| TELEFONSKA ŠTEVILKA |  |
| ELEKTRONSKI NASLOV |  |

**PODATKI O NOSILCU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU NA NASLOVU IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI, NAVEDENEM V TEM PRIJAVNEM OBRAZCU**

### (zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti)

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE |  |
| EMŠO |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |
| TELEFONSKA ŠTEVILKA |  |
| ELEKTRONSKI NASLOV |  |

V okviru javnega razpisa Občine Vodice, za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti v Občini Vodice ponudnik kandidira za podelitev koncesije na razpisanem programu zdravstvene dejavnosti:

zobozdravstvo odraslih – 1,00 program

**3.1.**

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika oziroma samostojni podjetnik izjavljam:

* da se ponudnik v celoti strinja in sprejema vse pogoje iz razpisne dokumentacije in vsa merila za izbor koncesionarja s tem javnim razpisom,
* da ponudnik ni subjekt, za katerega bi za Občino Vodice veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/11 – uradno prečiščeno besedilo, 158/20, 3/22 – ZDeb in 16/23 – ZZPri) ter
* da pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi ponudnika za podelitev koncesije resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Občini Vodice, da za namene tega javnega razpisa lahko opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum: PONUDNIK

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika oziroma samostojnega podjetnika)

ŽIG

(če ga ponudnik uporablja)

ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku)

NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

(podpis nosilca zdravstvene dejavnosti - zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti)

**ZASEBNI ZDRAVSTVENI DELAVEC**

**SAM-IZJAVE-POGOJI**

## IZJAVE PONUDNIKA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV IZ 7. TOČKE JAVNEGA RAZPISA

Spodaj podpisani/a

(ime in priimek ponudnika)

izjavljam, da:

7.1 razpolagam z veljavnim dovoljenjem za opravljanje predmetne koncesijske dejavnosti oz. bom dovoljenje pridobil do podpisa koncesijske pogodbe;

* 1. bom najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem programu, na naslovu izvajanja koncesijske dejavnosti, navedenem v Prijavnem obrazcu, sam izvajal naloge odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti;
  2. bom najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem programu, na naslovu izvajanja koncesijske dejavnosti, navedenem v Prijavnem obrazcu, imel zaposleno ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo, in ki bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije (dokazila o izpolnjevanju tega pogoja, to je pogodbe o zaposlitvi ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva, bom predložil koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);
  3. bom imel najkasneje do sklenitve koncesijske pogodbe urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo;
  4. mi v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe koncesija ni bila odvzeta iz razlogov iz 44. j člena ZZDej;
  5. ob vložitvi ponudbe zame ne obstajajo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih javnih naročil po 75. členu Zakona o javnem naročanju (ZJN-3);
  6. bom zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, izvajal v ordinacijskih prostorih, dostopnih za gibalno in funkcionalno ovirane osebe (npr. za uporabnike invalidskih vozičkov, otroške vozičke in podobno), kar je zagotovljeno ob vložitvi ponudbe;
  7. se na dan vložitve ponudbe na ta javni razpis o isti upravni zadevi (podeljevanje koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti v Občini Vodice) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva mene osebno kot ponudnika. Navedeno vključuje upravne postopke, ki jih vodi Občina Vodice, ali sodne postopke, v katerih Občina Vodice nastopa kot stranka oz. stranski udeleženec;
  8. da bom zdravstveno dejavnost, ki je predmet tega javnega razpisa, izvajal v ordinacijskih prostorih v Občini Vodice.

Kraj in datum:

(lastnoročni podpis)

**PRAVNA OSEBA OZIROMA SAMOSTOJNI PODJETNIK**

**PO/S.P.-IZJAVE-POGOJI**

## IZJAVE PONUDNIKA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV IZ 7. TOČKE JAVNEGA RAZPISA

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika:

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (PRAVNE OSEBE ALI**  **SAMOSTOJNEGA PODJETNIKA)** |  |
| NASLOV |  |
| MATIČNA ŠTEVILKA |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |

izjavljam, da:

7.1 razpolagam z veljavnim dovoljenjem za opravljanje predmetne koncesijske dejavnosti oz. bom dovoljenje pridobil do podpisa koncesijske pogodbe;

* 1. bo/-m imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem programu za polni delovni čas oziroma sorazmerno z obsegom programa zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (dokazilo o izpolnitvi pogoja, razen za samostojnega podjetnika, ki je sam odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti, bo predloženo koncedentu s prikritimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva, pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);
  2. bo/-m imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem programu zaposleno ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo, in ki bodo na naslovu izvajanja koncesijske dejavnosti, navedenem v Prijavnem obrazcu, opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije (dokazila o izpolnjevanju tega pogoja, to je pogodbe o zaposlitvi ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva, bodo predložena koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);
  3. bo/-m imel ponudnik najkasneje do sklenitve koncesijske pogodbe urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo;
  4. ponudniku/mi v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe koncesija ni bila odvzeta iz razlogov iz 44.j člena ZZDej;
  5. ob vložitvi ponudbe za/-me ponudnika ne obstajajo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih javnih naročil po 75. členu Zakona o javnem naročanju (ZJN-3);
  6. bo/-m ponudnik zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, izvajal v ordinacijskih prostorih, dostopnih za gibalno in funkcionalno ovirane osebe (npr. za uporabnike invalidskih vozičkov, otroške vozičke in podobno), kar je zagotovljeno ob vložitvi ponudbe;
  7. se na dan vložitve ponudbe na ta javni razpis o isti upravni zadevi (podeljevanje koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti v Občini Vodice) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva ponudnika. Navedeno vključuje upravne postopke, ki jih vodi Občina Vodice, ali sodne postopke, v katerih Občina Vodice nastopa kot stranka oz. stranski udeleženec;
  8. da/-m bom zdravstveno dejavnost, ki je predmet tega javnega razpisa, izvajal v ordinacijskih prostorih v Občini Vodice.

Kraj in datum:

(podpis zakonitega zastopnika pravne osebe oziroma samostojnega podjetnika)

(žig – če ga ponudnik uporablja)

**ODG. NOSILEC - IZKUŠNJE**

## IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU O DELOVNI DOBI S PODROČJA DELA TER DODATNIH IZOBRAŽEVANJIH

Spodaj podpisani:

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE |  |
| DATUM ROJSTVA |  |

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika:

(naziv in sedež)

izjavljam, da so moje delovne izkušnje samostojnega opravljanja zdravstvene dejavnosti naslednje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Delodajalec | Pričetek izvajanja dela  (datum) | Zaključek izvajanja dela  (datum) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

K tej izjavi prilagam overjeno fotokopijo veljavne licence\* (obvezna priloga)

Izjavljam, da imam opravljena naslednja dodatna izobraževanja (dokazila o dodatnih izobraževanjih):

|  |  |
| --- | --- |
| zap. št. | Naziv izobraževanja |
| 1. 1.2 |  |
| 1. 2.3 |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |

Priloga: dokazila o opravljenih izobraževanjih

Izrecno dovoljujem Občini Vodice, da v zvezi z navedbami v tej izjavi in priloženimi dokazili lahko opravi poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

(lastnoročni podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku)

\* v primeru, da je bila veljavnost licenci podaljšana, je potrebno predložiti obe listini: prvotno izdano licenco in odločbo, ki izkazuje veljavnost licence v času vložitve ponudbe na ta javni razpis

**ZASEBNI ZDRAVSTVENI DELAVEC**

**SAM-IZJAVE-MERILA**

## IZJAVE PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB

**GLEDE NA POSTAVLJENA MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IZ 8. TOČKE JAVNEGA RAZPISA**

Spodaj podpisani/a

(ime in priimek ponudnika)

Izjavljam:

Ad 8.2. Izjava o razpolaganju z zobnim rentgenom

Ponudnik izjavlja, da razpolaga z lastnim zobnim rentgenom

DA / NE (ustrezno obkrožiti).

Ad 8.3. Izjava o pričetku dela

V primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu bom pričel izvajati koncesijsko dejavnost v

dneh po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije

(dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja, to je pogodbo, sklenjeno z ZZZS, in izjavo o datumu pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti bom predložil koncedentu v roku do 14 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti).

Ad 8.4. Izjava o referencah v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej

V zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej (obkroži):

* NIMAM negativnih referenc oziroma
* IMAM negativne reference v zvezi z zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela (priloga k tej izjavi so poročila o izvedenih nadzorih in izrečenih ukrepih).

Ad 8.7. Izjava o dostopnosti prostorov ambulante in informacij za paciente z okvaro vida in/ali sluha

Celostne rešitve za dostopnost ordinacijskih prostorov, v katerih bi izvajal koncesijsko dejavnost, in informacij za paciente z okvaro vida in/ali sluha (obkroži):

* NISO zagotovljene oziroma
* SO ZAGOTOVLJENE in sicer (označi in izpolni):
  1. vodilne/opozorilne talne taktilne oznake (priloga: fotografij; strani ponudbe od

do );

* 1. označevalne table za orientacijo pacientov z okvaro vida (priloga: fotografij; strani ponudbe od do );
  2. protizdrsni in označevalni trakovi (priloga: fotografij; strani ponudbe od do

);

* 1. pisne informacije v prilagojenih tehnikah za paciente z okvaro vida (priloga: fotografij; strani ponudbe od do );
  2. zvočna zanka za paciente z okvaro sluha (priloga: fotografij; strani ponudbe od

do );

* 1. drugo\_(navedi) ( priloga: fotografij; strani ponudbe od do ).

Priloge k tej izjavi o zagotovljenih celostnih rešitvah so lahko namesto oziroma poleg fotografij tudi druga merodajna gradiva.

Izrecno dovoljujem Občini Vodice, da v zvezi z navedbami v tej izjavi in priloženimi dokazili lahko opravi poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

(lastnoročni podpis)

**PRAVNA OSEBA OZIROMA SAMOSTOJNI PODJETNIK**

**PO/S.P.-IZJAVE-MERILA**

## IZJAVE PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB

**GLEDE NA POSTAVLJENA MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IZ 8. TOČKE JAVNEGA RAZPISA**

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika:

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (PRAVNE OSEBE ALI**  **SAMOSTOJNEGA PODJETNIKA)** |  |
| NASLOV |  |
| MATIČNA ŠTEVILKA |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |

izjavljam:

Ad 8.2. Izjava o razpolaganju z zobnim rentgenom

Ponudnik izjavlja, da razpolaga z lastnim zobnim rentgenom

DA / NE (ustrezno obkrožiti).

Ad 8.3. Izjava o pričetku dela

V primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu bo/-m ponudnik pričel izvajati koncesijsko dejavnost v dneh po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije

(dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja, to je pogodbo, sklenjeno z ZZZS, in izjavo o datumu pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti, bo/-m ponudnik predložil koncedentu v roku do 14 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti).

Ad 8.4. Izjava o referencah v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej

V zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej (obkroži):

* ponudnik NIMA-M negativnih referenc oziroma
* ponudnik IMA-M negativne reference v zvezi z zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela (priloga k tej izjavi so poročila o izvedenih nadzorih in izrečenih ukrepih).

Ad 8.7. Izjava o dostopnosti prostorov ambulante in informacij za paciente z okvaro vida in/ali sluha

Celostne rešitve za dostopnost ordinacijskih prostorov, v katerih bi ponudnik izvajal koncesijsko dejavnost, in informacij za paciente z okvaro vida in/ali sluha (obkroži):

* NISO zagotovljene oziroma
* SO ZAGOTOVLJENE in sicer (označi in izpolni):
  1. vodilne/opozorilne talne taktilne oznake (priloga: fotografij; strani ponudbe od

do );

* 1. označevalne table za orientacijo pacientov z okvaro vida (priloga: fotografij; strani ponudbe od do );
  2. protizdrsni in označevalni trakovi (priloga: fotografij; strani ponudbe od do

);

* 1. pisne informacije v prilagojenih tehnikah za paciente z okvaro vida (priloga: fotografij; strani ponudbe od do );
  2. zvočna zanka za paciente z okvaro sluha (priloga: fotografij; strani ponudbe od

do );

* 1. drugo\_(navedi) ( priloga: fotografij; strani ponudbe od do ).

Priloge k tej izjavi o zagotovljenih celostnih rešitvah so lahko namesto oziroma poleg fotografij tudi druga merodajna gradiva.

Izrecno dovoljujem Občini Vodice, da v zvezi z navedbami v tej izjavi in priloženimi dokazili lahko opravi poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

(podpis zakonitega zastopnika pravne osebe oziroma samostojnega podjetnika)

(žig – če ga ponudnik uporablja)

**PONUDNIK-ORDINACIJSKI ČAS**

## IZJAVA PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB GLEDE NA ODSTOTEK ORDINACIJSKEGA ČASA IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI OD 16. URE DALJE, KI PRESEGA

**PREDPISANIH NAJMANJ 20 ODSTOTKOV POPOLDANSKEGA ČASA**

Spodaj podpisani ponudnik kot zasebni zdravstveni delavec:

oziroma

ponudnik - pravna oseba (zanjo spodaj podpisani zakoniti zastopnik) oziroma spodaj podpisani ponudnik zase kot samostojni podjetnik:

izjavljam, da bo/-m ponudnik v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu od skupnega števila ur tedenskega ordinacijskega časa (32 ur in 30 min) zagotovil ordinacijski čas izvajanja koncesijske dejavnosti popoldne, **od 16. ure dalje, v obsegu** (obkroži številčno oznako v levem stolpcu):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | predpisane ene petine oziroma 20%, kar znaša | 6 ur in 30 minut |
| 2. | 21%, kar znaša | 6 ur in 50 minut |
| 3. | 22%, kar znaša | 7 ur in 10 minut |
| 4. | 23%, kar znaša | 7 ur in 30 minut |
| 5. | 24%, kar znaša | 7 ur in 50 minut |
| 6. | 25%, kar znaša | 8 ur in 10 minut |
| 7. | 26%, kar znaša | 8 ur in 30 minut |
| 8. | 27%, kar znaša | 8 ur in 50 minut |
| 9. | 28%, kar znaša | 9 ur in 10 minut |
| 10. | 29%, kar znaša | 9 ur in 30 minut |
| 11. | 30%, kar znaša | 9 ur in 45 minut |

Urnik iz 8. člena vzorca koncesijske pogodbe iz tega javnega razpisa, skladen s to izjavo, bo/-m ponudnik predložil koncedentu v 3 dneh po prejemu odločbe o izbiri.

Kraj in datum:

(žig – če ga koncesionar uporablja)

(lastnoročni podpis ponudnika: zasebnega zdravstvenega delavca oziroma zakonitega zastopnika pravne osebe oziroma

samostojnega podjetnika)

**NOSILEC - OPREDELJENI**

## IZJAVA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU\* NA NASLOVU IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI, NAVEDENEM V PRIJAVNEM OBRAZCU, O POVPREČNEM MESEČNEM ŠTEVILU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB V OBČINI VODICE V OBDOBJU OD 1. 1. 2023 DO 31. 12. 2023

\* izjava odgovornega nosilca koncesijske dejavnosti pri ponudniku v primeru, ko bo sam tudi izvajalec zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije

Spodaj podpisani:

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE |  |
| DATUM ROJSTVA |  |

kot nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika:

(naziv in sedež)

izjavljam, da sem v obdobju od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2023 oziroma v času, ko sem v tem obdobju opravljal zdravstveno dejavnost kot javno službo na primarni ravni v Občini Vodice pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti (naziv in naslov):

imel povprečno mesečno (navedite število) opredeljenih zavarovanih oseb2.

K tej izjavi prilagam overjeno fotokopijo svoje licence oziroma odločbe, ki izkazuje veljavnost moje licence v času vložitve ponudbe na javni razpis (obvezna priloga).

(zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti)

Izrecno dovoljujem Občini Vodice, da v zvezi z navedbami v tej izjavi lahko opravi poizvedbe pri pristojnih institucijah in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

(lastnoročni podpis)

2 Izračun povprečnega mesečnega števila opredeljenih zavarovanih oseb pri nosilcu je mogoč na podlagi podatkov ZZZS o številu zavarovanih oseb pri aktivnih zobozdravnikih za odrasle na začetku posameznega meseca (https://[www.zzzs.si/](http://www.zzzs.si/) -> Izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji medicinskih pripomočkov -> Zdravstvene storitve -> Izbira osebnega zdravnika –> Seznam aktivnih zobozdravnikov za odrasle in mladino: https://partner.zzzs.si/zdravstvene-storitve/izbira-osebnega-zdravnika/seznam-aktivnih-zobozdravnikov-za- odrasle-in-mladino/ )