1. Prijavni obrazec in izjave

|  |
| --- |
| **PRIJAVNI OBRAZEC ZA FIZIČNE OSEBE** |

**PODATKI O PONUDNIKU – FIZIČNA OSEBA**

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

V okviru javnega razpisa kandidiram za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju družinske medicine za območje občine Tolmin v obsegu 1,04 standardnega tima in izjavljam, da se v celoti strinjam in sprejemam vse pogoje, ki so zahtevani in vsa merila za izbor koncesionarjev, ki so navedeni v tej razpisni dokumentaciji.

Hkrati pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi za podelitev koncesije resnični in verodostojni.

Občini Tolmin za namene tega javnega razpisa izrecno dovoljujem, da 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)

**SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE – FIZIČNA OSEBA**

Podpisani ponudnik

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME: |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE: |  |
| EMŠO: |  |

za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju družinske medicine za območje občine Tolmin v obsegu 1 standardnega tima, Občini Tolmin dajem soglasje za pridobitev podatkov o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz 3.a člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ in 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ - v nadaljevanju ZZDej).

Kraj in datum:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**SOGLASJE ZA PRIDOBITEV PODATKOV O POSTOPKIH PRED ORGANI PRISTOJNE ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV V ZVEZI Z OPRAVLJANJEM POKLICA – FIZIČNA OSEBA**

Podpisani ponudnik

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME: |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE: |  |
| EMŠO: |  |

dajem Občini Tolmin za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju družinske medicine za območje občine Tolmin v obsegu 1,04 standardnega tima za namen dokazovanja izpolnjevanja pogoja iz sedme alineje prvega odstavka 44.č člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ in 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ – v nadaljevanju ZZDej) soglasje za pridobitev podatkov iz evidence o izvedenih strokovnih nadzorih s svetovanjem in odrejenih ukrepih, ki jo vodi Zdravniška zbornica Slovenije.

Kraj in datum:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA PRAVOSODJE – FIZIČNA OSEBA**

Podpisani ponudnik

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME: |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE: |  |
| EMŠO: |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA: |  |

dajem Občini Tolmin za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju družinske medicine za območje občine Tolmin v obsegu 1,04 standardnega tima, soglasje za posredovanje podatkov iz evidence pristojnega ministrstva, da nisem bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali nisem bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti.

Kraj in datum:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

|  |
| --- |
| **PRIJAVNI OBRAZEC ZA PRAVNE OSEBE** |

**PODATKI O PONUDNIKU – PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali 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**

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

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

V okviru javnega razpisa Občine Tolmin za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju družinske medicine za območje občine Tolmin št. 014-0003/2025, kandidiram za podelitev koncesije na razpisanem področju družinske medicine v obsegu 1,04 standardnega tima.

Izjavljam, da:

* se v celoti strinjam in sprejemam vse pogoje iz razpisne dokumentacije in vsa merila za izbor koncesionarja s tem javnim razpisom,
* nisem subjekt, za katerega bi za Občino Tolmin 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),
* pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi za podelitev koncesije resnični.

Za namene tega javnega razpisa izrecno dovoljujem Občini Tolmin, da 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: |  |
|  | (podpis zakonitega zastopnika ponudnika oz. pravne osebe ter žig, če ga ponudnik uporablja) |
| Kraj in datum: |  |
|  | (podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku) |
| Kraj in datum: |  |
|  | (podpis nosilca zdravstvene dejavnosti – zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti) |

**SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE – PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

Podpisani

(podatki zakonitega zastopnika pravne osebe ali samostojnega podjetnika)

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME: |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE: |  |
| EMŠO: |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA: |  |

za pravno osebo:

|  |  |
| --- | --- |
| NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika): |  |
| NASLOV: |  |
| MATIČNA ŠTEVILKA: |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA: |  |

za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju družinske medicine za območje občine Tolmin v obsegu 1,04 standardnega tima, Občini Tolmin dajem soglasje za pridobitev podatkov o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz 3.a člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ in 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ – v nadaljevanju ZZDej).

Kraj in datum:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**SOGLASJE ZA PRIDOBITEV PODATKOV O POSTOPKIH PRED ORGANI PRISTOJNE ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV V ZVEZI Z OPRAVLJANJEM POKLICA – ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti:

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME: |  |
| NASLOV: |  |
| EMŠO: |  |

za pravno osebo:

|  |  |
| --- | --- |
| NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika): |  |
| NASLOV: |  |
| MATIČNA ŠTEVILKA: |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA: |  |

dajem Občini Tolmin za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju družinske medicine za območje občine Tolmin v obsegu 1,04 standardnega tima za namen dokazovanja izpolnjevanja pogoja iz sedme alineje prvega odstavka 44.č člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 - ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ in 14/23 – odl. US84, /23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ – v nadaljevanju ZZDej) soglasje za pridobitev podatkov iz evidence o izvedenih strokovnih nadzorih s svetovanjem in odrejenih ukrepih, ki jo vodi Zdravniška zbornica Slovenije.

Kraj in datum:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA PRAVOSODJE – ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Podpisani odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti:

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME: |  |
| STALNO PREBIVALIŠČE: |  |
| EMŠO: |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA: |  |

pri pravni osebi:

|  |  |
| --- | --- |
| NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika): |  |
| NASLOV: |  |
| MATIČNA ŠTEVILKA: |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA: |  |

dajem Občini Tolmin za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju družinske medicine za območje občine Tolmin v obsegu 1,04 standardnega tima, za namen dokazovanja izpolnjevanja pogoja iz druge alineje petega odstavka 3.a člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 — uradno prečiščeno besedilo, 15/08 — ZPacP, 23/08, 58/08 - ZZdrS-E, 77/08 — ZDZdr, 40/12 — ZUJF, 14/13, 88/16 — ZdZPZD, 64/17, 1/19 — odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 — ZZUOOP, 203/20 — ZIUPOPDVE in 112/21 — ZNUPZ, 196/21 — ZDOsk, 100/22 — ZNUZSZS, 132/22 - odl. US, 141/22 — ZNUNBZ in 14/23- odl. US, 84/23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ - v nadaljevanju ZZDej), soglasje za posredovanje podatkov iz evidence ministrstva, da nisem bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali nisem bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti.

Kraj in datum:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)