1. Obrazci

**OBR 1**

**IZJAVA PONUDNIKA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV  
IZ TOČKE 8 JAVNEGA RAZPISA — FIZIČNA OSEBA**

|  |  |
| --- | --- |
| Podpisani |  |
|  | (ime in priimek ponudnika) |

izjavljam, da:

* 1. imam dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
  2. bom najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju sam izvajal naloge zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti,
  3. imam urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo,
  4. mi v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe ni bila odvzeta koncesija iz razlogov, opredeljenih v 44.j členu ZZDej,
  5. nisem v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica,
  6. ob vložitvi ponudbe zame ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil po 75. členu Zakona o javnem naročanju (ZNJ-3),
  7. bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prevzel opredeljene osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjemu izvajalcu razpisane koncesije in s tem soglašajo.

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:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**OBR 2**

**IZJAVA PONUDNIKA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV  
IZ TOČKE 8 JAVNEGA RAZPISA - PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNE PODJETNIK**

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika:

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

izjavljam, da:

* 1. ima ponudnik dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti
  2. bo imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju za polni delovni čas zaposlenega odgovornega nosila zdravstvene dejavnosti (dokazilo o izpolnjevanju pogoja – pogodba o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva – bo predložena koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);
  3. bo imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju zaposlenega ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljenega usposobljenega zdravstvenega delavca, ki izpolnjuje pogoje iz ZZDej in ki bo opravljal zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, v kolikor to ne bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja — pogodba o zaposlitvi ali druga zakonita podlaga za zagotovitev zdravstvenega delavca s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datum a rojstva — bo predložena koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);
  4. ima ponudnik urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike;
  5. ponudniku v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe ni bila odvzeta koncesija iz razlogov, opredeljenih v 44.j členu ZZDej;
  6. da nisem v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;
  7. pri ponudniku ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil po 75. členu Zakona o javnem naročanju (ZNJ-3);
  8. bo ponudnik v primeru podelitve koncesije prevzel vse opredeljene osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjemu izvajalcu razpisane koncesije in s tem soglašajo;

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:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**OBR 3**

**IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU**

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

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika:

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

izjavljam, da v skladu s 3.a členom ZZDej:

* izpolnjujem pogoje za samostojno opravljanje dela,
* imam ustrezne delovne izkušnje na strokovnem področju, za katerega se izdaja dovoljenje oz. izpolnjujem pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe iz zakona, ki ureja zdravniško službo in imam ustrezne delovne izkušnje na strokovnem področju, za katerega se izdaja dovoljenje (zahtevajo se najmanj tri-letne delovne izkušnje pri izdaji dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni),
* 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 ali človekovo zdravje,
* z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena ZZDej niso odrejeni ukrepi za odpravo kršitev glede opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi ugotovljenega resnega ogrožanja zdravja ali življenja pacienta v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe.

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

Kraj in datum:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**OBR 4**

**IZJAVA O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI,  
IZKUŠNJAH IN REFERENCAH — FIZIČNA OSEBA**

Podpisani:

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

izjavljam, da so moje delovne izkušnje pri samostojnem opravljanju razpisane zdravstvene dejavnosti naslednje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Delodajalec** | **Datum pričetka izvajanja dela** | **Datum zaključka izvajanja dela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Izjavljam, da sem opravil naslednja dodatna izobraževanja na področju družinske medicine:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naziv izobraževanja** | **Izvajalec izobraževanja** | **Datum zaključka izobraževanja** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

K izjavi prilagam:

* kopijo licence za delo na področju družinske medicine oz. drugo ustrezno dokazilo, ki izkazuje ustrezno usposobljenost za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju družinske medicine,
* kopije potrdil o opravljenih dodatnih izobraževanjih na področju družinske medicine.

Občini Tolmin izrecno dovoljujem, 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:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**OBR 5**

**IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU  
O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI, IZKUŠNJAH IN REFERENCAH**

Spodaj podpisani:

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

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika:

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

Izjavljam, da so moje delovne izkušnje pri samostojnem opravljanju razpisane zdravstvene dejavnosti naslednje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Delodajalec** | **Datum pričetka izvajanja dela** | **Datum zaključka izvajanja dela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Izjavljam, da sem opravil naslednja dodatna izobraževanja na področju družinske medicine:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naziv izobraževanja** | **Izvajalec izobraževanja** | **Datum zaključka izobraževanja** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

K izjavi prilagam:

* kopijo licence za delo na področju družinske medicine oz. drugo ustrezno dokazilo, ki izkazuje ustrezno usposobljenost za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju družinske medicine,
* kopije potrdil o opravljenih dodatnih izobraževanjih na področju družinske medicine.

Občini Tolmin izrecno dovoljujem, 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:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**OBR 6**

**IZJAVA O OPRAVLJANJU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Podpisani |  |

izjavljam,

da bom (pravna oseba, samostojni podjetnik, zasebni zdravstveni delavec) v primeru dodelitve koncesije izvajal zdravstveno dejavnost po tem razpisu v splošni ambulanti Podbrdo ter v ambulantah enot Doma upokojencev Podbrdo v Podbrdu in na Petrovem Brdu.

Kraj in datum:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**OBR 7**

**IZJAVE PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB GLEDE NA MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IZ TOČKE 9 JAVNEGA RAZPISA — FIZIČNA OSEBA**

|  |  |
| --- | --- |
| Podpisani |  |

izjavljam, da

v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej *(ustrezno označiti)*:

nimam negativnih referenc,

imam negativne reference v zvezi z zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela (priloga. poročila o izvedenih nadzorih in izrečenih ukrepih);

bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu pričel izvajati koncesijsko dejavnost v       dneh po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje (pogodbo, sklenjeno z ZZZS in izjavo o datumu pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti bom predložil koncedentu v roku 14 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti);

bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu v roku 36 mesecev od dneva začetka opravljanja koncesijske dejavnosti zagotovil naslednje dodatne zdravstvene storitve:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

bom dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja posredoval koncedentu najkasneje v roku 36 mesecev od dneva pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti;

sem v obdobju od       do       oziroma v času, ko sem v tem obdobju opravljal zdravstveno dejavnost kot javno službo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti   
\_       \_\_\_ (naziv in naslov), imel opredeljene paciente, ki jih lahko uvrstim v ranljivo skupino.

Občini Tolmin izrecno dovoljujem, 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:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)

**OBR 8**

**IZJAVE PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB GLEDE NA POSTAVLJENA MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IZ TOČKE 10 JAVNEGA RAZPISA – PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika:

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

izjavljam, da:

v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej *(ustrezno označiti)*:

nimam negativnih referenc,

imam negativne reference v zvezi z zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela (priloga. poročila o izvedenih nadzorih in izrečenih ukrepih);

bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu pričel izvajati koncesijsko dejavnost v       dneh po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje (pogodbo, sklenjeno z ZZZS in izjavo o datumu pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti bom predložil koncedentu v roku 14 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti);

bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu v roku 36 mesecev od dneva začetka opravljanja koncesijske dejavnosti zagotovil naslednje dodatne zdravstvene storitve:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

bom dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja posredoval koncedentu najkasneje v roku 36 mesecev od dneva pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti;

sem v obdobju od       do       oziroma v času, ko sem v tem obdobju opravljal zdravstveno dejavnost kot javno službo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti  
\_       \_\_\_ (naziv in naslov), imel opredeljene paciente, ki jih lahko uvrstim v ranljivo skupino.

Občini Tolmin izrecno dovoljujem, 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:

Ponudnik:

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

(podpis ponudnika)