|  |
| --- |
| **Obrazec PO/S.P.-1** |
| **PRIJAVNI OBRAZEC** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

**(zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet nadomestne 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 Brežice št. 173-0001/2023 z dne 01. 08. 2023 ponudnik kandidira za podelitev nadomestne koncesije za opravljanje javne službe na primarni ravni na področju zobozdravstva v občini Brežice v obsegu 1,02 programa.

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 Brežice 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, 16/23 - ZZPri) ter
* da pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi ponudnika za podelitev nadomestne koncesije resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Občini Brežice, 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 nadomestne koncesije, ne bo opravljal

odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti)

|  |
| --- |
| **Obrazec PO/S.P.-IZJAVE-POGOJI** |
| **PRAVNA OSEBA OZIROMA SAMOSTOJNI PODJETNIK** |

# 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:

1. bo/-m imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju za polni delovni čas zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (dokazilo o izpolnitvi pogoja, s prikritimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva, bo predloženo koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);
2. bo/-m imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju 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 nadomestne 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 ponudnik najkasneje do sklenitve koncesijske pogodbe sklenil pogodbo z Zdravstvenim domom Brežice o obsegu in vrstah sodelovanja za potrebe izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva;
4. bo/-m imel ponudnik najkasneje do sklenitve koncesijske pogodbe urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo;
5. ponudniku/mi v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe koncesija ni bila odvzeta iz razlogov iz 44.j člena ZZDej;
6. 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)
7. bo/-m ponudnik v primeru podelitve nadomestne koncesije na tem javnem razpisu zagotovil najmanj eno petino od skupnega ordinacijskega časa izvajanja zdravstvene dejavnosti popoldne, od 16. ure dalje. Urnik bo ponudnik v skladu z vzorcem koncesijske pogodbe iz tega razpisa predložil koncedentu v 3 dneh po prejemu odločbe o izbiri.
8. bom v primeru podelitve nadomestne koncesije na tem javnem razpisu prevzel vse tiste zavarovane osebe ZZZS, ki so bili v zdravstveni obravnavi pri predhodnem nosilcu nadomestne koncesije, v kolikor se bodo za to opredelili.

Kraj in datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(podpis zakonitega zastopnika pravne

osebe oziroma samostojnega podjetnika)

(žig – če ga ponudnik uporablja)

 **Obrazec ODG. NOSILEC - IZKUŠNJE**

# IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU O DELOVNI DOBI IN REFERENCAH S PODROČJA DELA

Spodaj podpisani:

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

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika:

(naziv in sedež)

izjavljam, da so moje delovne izkušnje naslednje:

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

K tej izjavi prilagam overjeno fotokopijo strokovnega izpita (obvezna priloga) in dokazil o referencah (največ 10):

*Med dokazila o strokovni usposobljenosti oziroma dodatnih strokovnih znanjih in referencah se bodo štela dokazila oziroma potrdila o aktivnih udeležbah na tečajih, delavnicah in seminarjih v istovrstni dejavnosti, ki so jih vlagatelji oziroma predvideni nosilci koncesijske dejavnosti opravili v obdobju od leta 2013 do vključno 2023.*

Izrecno dovoljujem Občini Brežice, 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) |

|  |
| --- |
| **Obrazec PO/S.P.-IZJAVE-MERILA** |
| **PRAVNA OSEBA OZIROMA SAMOSTOJNI PODJETNIK** |

# 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:

1. 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).**

*Število morebitnih negativnih referenc (vpiši):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

2. Zagotavljanje ustreznih in ustrezno opremljenih prostorov (obkroži):

* + ZAGOTAVLJAM prostore na območju občine Brežice, ki normativno ustrezajo zahtevam za izvajanje razpisane zdravstvene dejavnosti in ki so že opremljeni s predpisano opremo, potrebno za izvajanje zdravstvene dejavnosti, in sicer na lokaciji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*napišite podrobnejši naslov lokacije prostorov*)
	+ NE ZAGOTAVLJAM z razpisom pod tem merilom (merilo 3.2.) predvidenih prostorov.

3. Zagotavljanje drugih storitev, povezanih z izvajanjem zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa: zagotovitev dodatne opreme (obkroži):

* + ZAGOTAVLJAM druge storitev- in za te potrebno specializirano opremo (obkrožite katero):
		- digitalni zobni intraoralni rentgen,
		- digitalni panoramski rentgen
		- dentalni mikroskop.
	+ NE ZAGOTAVLJAM drugih storitev - nobene od zgoraj navedene opreme.

4. Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti z vidika javnega prevoza (obkroži):

* + ZAGOTAVLJAM dostopnost lokacije (navedite oddaljenost do prve postaje javnega prevoza na kateri je mogoč prevoz z mestnim / linijskim prevozom javnega prevoznika)\_\_\_\_\_\_\_\_m,
	+ NE ZAGOTAVLJAM dostopnosti lokacije.

5. Dostopnost lokacije za gibalno in funkcionalno ovirane osebe oz. izvajanje storitev v pritličju (obkroži):

* + ZAGOTAVLJAM dostopnost lokacije za gibalno in funkcionalno ovirane osebe oz. izvajanje storitev v pritličju,
	+ NE ZAGOTAVLJAM dostopnosti lokacije za gibalno in funkcionalno ovirane osebe oz. izvajanje storitev v pritličju.

6. Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti z vidika zagotovitve vsaj 1 parkirnega mesta za uporabnike (obkroži):

* + ZAGOTAVLJAM dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti z vidika zagotovitve vsaj 1 parkirnega mesta za uporabnike,
	+ NE ZAGOTAVLJAM dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti z vidika zagotovitve vsaj 1 parkirnega mesta za uporabnike.

7. Ordinacijski čas (obkroži):

Poleg zagotavljanja zahtevane 1/5 ordinacijskega časa po 16. uri

* + ZAGOTAVLJAM ordinacijski čas po 16. uri (obkroži):
	+ v dodatnem obsegu 4. ur;
	+ v dodatnem obsegu 6 ur;
	+ v dodatnem obsegu 8 ur;
	+ v dodatnem obsegu 10 ur.
	+ ZAGOTAVLJAM, da bom poleg zahtevanega 1/5 ordinacijskega časa dodatno zagotovljen ordinacijski čas po 16. uri čas najmanj v deležu 50% izvedel v petek po 16. uri, soboto ali nedeljo;
	+ NE ZAGOTAVLJAM dodaten ordinacijski čas po 16. uri v več kot zahtevanem 1/5 delovnega časa.

Izrecno dovoljujem občini Brežice, 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Kraj in datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(podpis zakonitega zastopnika pravne osebe

 oziroma samostojnega podjetnika)

(žig – če ga ponudnik uporablja)