

Obrazec 1

**SPLOŠNA IZJAVA VLAGATELJA**

Podpisani vlagatelj/ica izjavljam:

* da sem seznanjen/a in se v celoti strinjam z določbami javnega poziva, razpisne dokumentacije in vzorcem pogodbe,
* da so vsi podatki, navedeni v vlogi resnični, točni in popolni, za kar prevzemam materialno in kazensko odgovornost,
* da pristojnemu organu dovoljujem, da vse navedene podatke preveri pri upravljalcih zbirk osebnih podatkov,
* da dajem Občini Brežice izrecno privolitev za obdelavo osebnih podatkov, v skladu z GDPR, za namen izvedbe tega javnega razpisa.

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

kraj in datum podpis vlagatelja



Obrazec 2

**IZJAVA OSEBNEGA ZDRAVNIKA**

(bolezensko stanje)

Za potrebe Javnega poziva za testiranje storitve mobilnega varovanja na daljavo za občane iz občine Brežice

**IZJAVLJAM,**

da pacient:

|  |
| --- |
|  |

(ime, priimek)

s stalnim prebivališčem na naslovu :

|  |
| --- |
|  |

izpolnjuje pogoj iz 2. člena, točka 3 Odloka o subvencioniranju socialno varstvene storitve socialnega servisa (Ur. list RS, št. 45/19), in sicer je:

(ustrezno obkrožite)

* oseba s težjo kronično boleznijo;
* invalidna oseba;
* oseba s starostnimi znaki ( znaki demence oz. drugo -opišite)
* oseba po težjem operativnem posegu.

Opomba zdravnika:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

kraj in datum podpis, žig osebnega zdravnika