

PONUDBENA DOKUMENTACIJA

Obrazci za pripravo ponudbe

**za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na primarni
ravni na področju zobozdravstva na območju Občine Cerkljenjak**

Ponudnik in odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (fizična oseba)

Ime in priimek _____

Stalno prebivališče _____

EMŠO _____ Davčna številka _____

Telefonska številka _____

Elektronski naslov _____

V _____, dne _____.

PONUĐNIK:
(podpis ponudnika)

OBRAZEC PONUDBE

Ponudnik (pravna oseba)

OBR 1A

Naziv pravne osebe _____

Matična številka pravne osebe _____

Davčna številka pravne osebe _____

Naslov pravne osebe _____

Telefonska številka _____

Elektronski naslov _____

Zakoniti zastopnik pravne osebe

Ime in priimek _____

Stalno prebivališče _____

EMŠO _____ Davčna številka _____

Telefonska številka _____

Elektronski naslov _____

Podatki o predvidenem odgovornem nosilcu zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi

Ime in priimek _____

Stalno prebivališče _____

EMŠO _____ Davčna številka _____

Telefonska številka _____

Elektronski naslov _____

V _____, dne _____.

ŽIG

(pravna oseba)

PONUĐNIK:

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI:

(podpis predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi)

Ponudnik: _____

OBR- 2

Polni naziv gospodarske družbe: _____

Sedež in njegova občina: _____

Št. vpisa v sodni register: _____

Št. vloška: _____

Matična številka podjetja: _____

IZJAVA ZA PRIDOBITEV OSEBNIH PODATKOV

Izjavljamo, da soglašamo, da lahko Občina Cerkljenjak za namene javnega razpisa »**Javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti v Občini Cerkljenjak**«, objavljenega na Portalu javnih naročil, dne 5. 11. 2024, pod številko objave JN007934/2024-EUe19/01, pridobi naše osebne podatke o kaznovanju iz uradnih evidenc državnih organov, organov lokalnih skupnosti ali nosilcev javnega pooblastila za naslednje osebe, ki so člani upravnega, vodstvenega ali nadzornega organa in osebe, ki imajo pooblastila za zastopanje ali odločanje ali nadzor.

Dovoljujemo tudi, da lahko Občina Cerkljenjak pridobi podatke iz uradnih evidenc, e-dosje.

a) Ime in priimek: _____ podpis _____

EMŠO _____, datum in kraj rojstva _____,

stalno bivališče _____.

b) Ime in priimek: _____ podpis _____

EMŠO _____, datum in kraj rojstva _____,

stalno bivališče _____.

Datum: _____

Žig in podpis ponudnika

Ponudnik: _____

Koncedent: _____

IZJAVA O RAZLOGIH ZA IZKLJUČITEV

V zvezi z javnim razpisom za podelitev koncesije za zobozdravstvo v Občini Cerkljenjak podajamo naslednjo izjavo:

Pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljamo, da ne obstajajo razlogi za izključitev določeni v prvem in drugem odstavku 75. členu ZJN-3.

Datum: _____

Žig in podpis ponudnika

Ponudnik: _____

Koncedent: _____

IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV IZ 44. Č ČLENA ZZDej

Izjavljamo, da izpolnjujemo naslednje pogoje, ki jih določa ZZDej v 44. č členu:

1. Imamo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti;
2. Imamo za vrsto zdravstvene dejavnosti, v katero sodi program zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, oz. sem kot ponudnik sam odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti;
3. Nam v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej;
4. Nismo v postopkih pred organi pristojne zbornice zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;

Pogoj iz 2. in 3, točke mora ponudnik izpolniti z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti.

Pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti, bo moral ponudnik predložiti pogodbo o zaposlitvi za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti in pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.

Datum: _____

Žig in podpis ponudnik

IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV ZA SODELOVANJE**Izjavljamo:**

- da ima odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ustrezno strokovno izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti, ki je predmet razpisa in je usposobljen za samostojno delo ter izpolnjuje pogoje 3.a člena ZZDej;
- da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ni v delovnem razmerju oziroma bo do začetka opravljanja koncesije po tem razpisu prekinil delovno razmerje;
- da nam kot ponudniku in odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oziroma poklica;
- da kot ponudnik oziroma odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti še nisem izvajalec koncesijske dejavnosti za več kot 0,50 programa (teama), oziroma bom do začetka opravljanja koncesije po tem razpisu koncesijo oddal;
- da kot ponudnik nisem subjekt za katerega obstaja omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/2011- UPB, 158/20, 3/22-Zdeb in 16/23-ZZPri)
- da nimam negativnih referenc v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti.
- da bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti zagotovil pacientom pravico do sporazumevanja z zdravstvenimi delavci in sodelavci v slovenskem jeziku.

Datum: _____

Žig in podpis ponudnika

OBRAZEC - Merila za ocenitev ponudb**Ponudnik** _____**Delovna doba pri opravljanju razpisane dejavnosti:**

Ponudnik oziroma nosilec zdravstvene dejavnosti sem imel na dan objave javnega razpisa _____ let in _____ mesecev delovne dobe v razpisani dejavnosti.

Dokazila:

Potrdilo ZPIZ, iz katere so razvidni ti podatki.

Dodatno strokovno izobraževanje

Ponudnik imam _____ (vnesi število) dodatni strokovnih izobraževanj v zvezi z izvajanjem dejavnosti na področju zobozdravstva

Dokazila:

Kot dokazilo za dodatno strokovno izobraževanje ponudnika velja potrdilo o opravljenih strokovnih izobraževanjih v zvezi z izvajanjem dejavnosti na razpisanem področju, ki jih je izdala pristojna ustanova oziroma izvajalec izobraževanja in se vrednotijo s strani Zdravniške zbornice Slovenije. Ponudnik lahko predloži tudi seznam izobraževanj Zdravstvene zbornice Slovenije, ki jih je opravil.

Delovni čas:

Storitev bomo opravljali tudi v popoldanskem času med 15. in 19 uro, in sicer:

v.....odure doure,

v.....odure doure,

v.....od.....ure do.....ure.

Dodatne storitve

Za zagotavljanje opravljanja dodatnih samoplačniških storitev ponudnik predloži seznam dodatnih storitev s kratkim opisom.

Dokazila:

Ponudnik mora predložiti ustrezna dokazila. Če ponudnik ne predloži ustreznih dokazil, se po tem merilu ne točkuje.

Izjavljamo, da nimamo negativnih referenc v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej.

PONUĐNIK: (podpis ponudnika)

Datum: _____