**PONUDBENA DOKUMENTACIJA**

**Obrazci za pripravo ponudbe**

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

**OBRAZEC PONUDBE OBR-1**

**Ponudnik in odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (fizična oseba)**

Ime in priimek

Stalno prebivališče

EMŠO Davčna številka

Telefonska številka

Elektronski naslov

V , dne .

PONUDNIK: (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 PONUDNIK:

(pravna oseba) (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. vložka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Matična številka podjetja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IZJAVA ZA PRIDOBITEV OSEBNIH PODATKOV**

Izjavljamo, da soglašamo, da lahko Občina Cerkvenjak za namene javnega razpisa **»Javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti v Občini Cerkvenjak«,** 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 Cerkvenjak 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

**OBR-3**

Ponudnik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Koncedent:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# IZJAVA O RAZLOGIH ZA IZKLJUČITEV

V zvezi z javnim razpisom za podelitev koncesije za zobozdravstvo v Občini Cerkvenjak 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

**OBR-4**

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

**OBR-5**

**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

**OBR M**

**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..........................................od .............ure do ..................ure,

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

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.

PONUDNIK: (podpis ponudnika)

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_