## **IV/2 RAZPISNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVNE OSEBE IN SAMOSTOJNE PODJETNIKE**

**OBRAZCI P (izpolnijo jih ponudniki gospodarski subjekti – pravne osebe in samostojni podjetniki)**

*V nadaljevanju je 15 obrazcev za gospodarske subjekte ter vzorec koncesijske pogodbe.*

OBRAZEC 1P

PRIJAVNI OBRAZEC

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME |  |
| IZOBRAZBA |  |
| DATUM ROJSTVA |  |
| STALNI NASLOV |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |
| EMŠO |  |
| ŠTEVILKA MOBILNEGA TELEFONA |  |
| NASLOV E-POŠTE |  |

**s pravno osebo**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZIV PRAVNE OSEBE |  |
| SEDEŽ PRAVNE OSEBE |  |
| PREDVIDEN NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI |  |
| MATIČNA ŠT. PRAVNE OSEBE |  |
| DAVČNA ŠT. PRAVNE OSEBE |  |
| TELEFONSKA ŠT. PRAVNE OSEBE |  |
| NASLOV E-POŠTE PRAVNE OSEBE |  |

**s podpisanim odgovornim nosilcem zdravstvene dejavnosti**

|  |  |
| --- | --- |
| PRIIMEK IN IME |  |
| IZOBRAZBA |  |
| DATUM ROJSTVA |  |
| STALNI NASLOV |  |
| PREDVIDEN NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI |  |
| DAVČNA ŠTEVILKA |  |
| EMŠO |  |
| ŠTEVILKA MOBILNEGA TELEFONA |  |
| NASLOV E-POŠTE |  |

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik pravne osebe kandidiram v okviru javnega razpisa Občine Rogaška Slatina, št. ….. /2022 za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na področju zobozdravstvene dejavnosti za odrasle in izjavljam, da

* se v celoti strinjam in v celoti sprejemam vse pogoje in vsa merila za izbor koncesionarjev, ki so določena v razpisni dokumentaciji;
* ne zastopam subjekta, za katerega bi veljala omejitev poslovanja po 35. členu ZIntPK.

Hkrati pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi za podelitev koncesije resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Občini Rogaška Slatina, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

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

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

OBRAZEC 2P

|  |
| --- |
| I Z J A V A PONUDNIKA, DA MU V ZADNJIH 5 LETIH NI BILA ODVZETA KONCESIJA  IZ RAZLOGOV IZ 44.j ČLENA ZZDej |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da ponudniku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

OBRAZEC 3P

|  |
| --- |
| I Z J A V A PONUDNIKA, DA NI V POSTOPKIH PRED ORGANI ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV |

***Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da ob vložitvi ponudbe niso v postopku zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.***

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da v ponudbi nisem priložil potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da ponudnik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

ob vložitvi ponudbe pri njih ni v postopkih zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica, zato Občini Rogaška Slatina dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

OBRAZEC 4P

|  |
| --- |
| I Z J A V A PONUDNIKA, DA PRI NJEM NE OBSTOJIJO IZKLJUČITVENI RAZLOGI, KI VELJAJO ZA PONUDNIKE V POSTOPKIH ODDAJE JAVNIH NAROČIL |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da pri ponudniku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

ob vložitvi ponudbe ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

OBRAZEC 5P

|  |
| --- |
| PISNO SOGLASJE V ZVEZI Z DOVOLJENJEM ZA OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI JE PREDMET TEGA RAZPISA |

***Izpolnijo le: tisti ponudniki, katerim je bilo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije izdano po 17.11.2017, vendar ga v ponudbi niso priložili; tisti ponudniki, ki dovoljenja še nimajo izdanega in tisti ponudniki, katerim je bilo dovoljenje izdano pred 17.11.2017.***

1. Pisno soglasje ponudnika, ki mu je bilo dovoljenje (ali upravni akt Ministrstva za zdravje, ki dopolnjuje že izdano dovoljenje) izdano po 17.11.2017, vendar ga v ponudbi ni priložil

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da v ponudbi nisem priložil dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa in je bil izdan po 17.11.2017. Zato Občini Rogaška Slatina dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

1. Pisno soglasje ponudnika, ki še nima izdanega dovoljenja, vendar bo ta pogoj izpolnil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe.

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da nimam dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa, vendar ga bom pridobil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe. Zato Občini Rogaška Slatina dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

1. Pisno soglasje ponudnika, ki mu je bilo dovoljenje izdano pred 17.11.2017

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

v ponudbi nisem predložil:

***^Obkrožite tisto prilogo, ki je v ponudbi niste priložili!***

* dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa in je bil izdan pred 17. 11. 2017, zato Občini Rogaška Slatina dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci;
* potrdila za Ministrstva za pravosodje, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) ni bil pravnomočno obstojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje niti nisem bil pravnomočno obstojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, zato Občini Rogaška Slatina dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Hkrati izjavljam, da ima odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) pri ponudniku najmanj 5 let delovnih izkušenj na področju zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa, pri čemer so upoštevane delovne izkušnje od izdaje licence.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

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

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

OBRAZEC 6P

|  |
| --- |
| I Z J A V A O UREJENEM ZAVAROVANJU ODGOVORNOSTI ZA ZDRAVNIKE V SKLADU Z ZZZdrS |

***Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili potrdila o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike***

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da v ponudbi nisem priložil potrdila o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike v skladu z ZZdrS, zato ga bom Občini Rogaška Slatina predložil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

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

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

OBRAZEC 7P

|  |
| --- |
| I Z J A V A O ZAPOSLITVI PONUDNIKA IN USTREZNO USPOSOBLJENIH ZDRAVSTVENIH DELAVCEV IN ZDRAVSTVENIH SODELAVCEV |

***Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili pogodbe o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti ali pogodbe o zaposlitvi oz. druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.***

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, v ponudbi nisem priložil:

***^Obkrožite tisto prilogo, ki je v ponudbi niste priložili!***

1. pogodbe o zaposlitvi ***odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti***, zato izjavljam, da bom najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti izpolnil zakonski pogoj glede zaposlitve odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti kot to določa druga alinea prvega odstavka 44.č člena ZZDej (zaposlitev za polni delovni čas).

Skladno s tem bom Občini Rogaška Slatina pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložil pogodbo o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, kot to določa drugi odstavek 44.č člena ZZDej;

1. pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, zato izjavljam da bo najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti izpolnil zakonski pogoj glede zagotovitve ustreznega števila usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, kot to določa tretja alinea 44.č člena ZZDej.

Skladno s tem bom Občini Rogaška Slatina pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložil pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, kot to določa drugi odstavek 44.č člena ZZDej.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

OBRAZEC 8P

|  |
| --- |
| I Z J A V A O PREVZEMU ZAVAROVANIH OSEB ZZZS V ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prevzel v zdravstveno obravnavo vse tiste zavarovane osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo to želele.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

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

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

OBRAZEC 9P

|  |
| --- |
| I Z J A V A O ZAGOTAVLJANJU DOSTOPNOSTI DO ORDINACIJSKIH PROSTOROV ZA GIBALNO IN FUNKCIONALNO OVIRANE OSEBE |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da je do ordinacijskega prostora na lokaciji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naslov ordinacije, s katero se prijavljam na ta javni razpis)

zagotovljena dostopnost za gibalno in funkcionalno ovirane osebe.

Skladno s tem sta zagotovljena oba naslednja pogoja:

* ustrezna dostopnost (pri vhodu v objekt ni stopnice oz. v kolikor je stopnica, je nameščena ustrezna klančina) in
* funkcionalnost notranjih prostorov – ordinacijski prostor je v pritličju oz. v kolikor ni, je v objektu zagotovljeno dvigalo.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

OBRAZEC 10P

|  |
| --- |
| I Z J A V A O ORDINACIJSKEM ČASU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu zagotovil ordinacijski čas za zavarovane osebe ZZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej.

Hkrati izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, opravljal/a koncesijsko dejavnost v okviru spodaj navedenega ordinacijskega časa (odmor za malico ni vključen), kjer sta določeni točna vsota ur in spodnja meja popoldanskega ordinacijskega časa (v primeru podelitve koncesije na tem razpisu, bo izbrani ponudnik pred sklenitvijo koncesijske pogodbe skladno z veljavnim Splošnim dogovorom efektivno tedensko delo ambulante skrajšal na račun izvajanja storitev načrtovanja ortodontske rehabilitacije):

**Tabela A** – izpolnijo jo vsi ponudniki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ORDINACIJSKI ČAS = SKUPNO TOČNO 32 UR IN 30 MINUT | |
| DOPOLDANSKI (do 16. ure) | POPOLDANSKI (po 16. uri) |
| PONEDELJEK |  |  |
| TOREK |  |  |
| SREDA |  |  |
| ČETRTEK |  |  |
| PETEK |  |  |
| SOBOTA |  |  |

**Tabela B - i**zpolni jo ponudnik, ki želi kandidira za točke pri merilu ponujeni ordinacijski čas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ORDINACIJSKI ČAS = SKUPNO TOČNO 32 UR IN 30 MINUT | |
| DOPOLDANSKI (do 16. ure) | POPOLDANSKI (po 16. uri) |
| PONEDELJEK |  |  |
| TOREK |  |  |
| SREDA |  |  |
| ČETRTEK |  |  |
| PETEK |  |  |
| SOBOTA |  |  |

Izjavljam, da brez predhodne odobritve Občine Rogaška Slatina zgoraj navedenega ordinacijskega časa, v času trajanja koncesijskega razmerja, ne bom spreminjal/a.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

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

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

OBRAZEC 11P

|  |
| --- |
| I Z J A V A O IZKUŠNJAH PONUDNIKA IN ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE IN PISNO SOGLASJE ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, DA DOVOLJUJE KONCEDENTU DOSTOP DO FOTOKOPIJE LICENCE PONUDNIKA ZA RAZPISANO ZDRAVSTVENO DEJAVNOST, KI SE O NJEM VODI V URADNI EVIDENCI – M1, M5 |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da ima navedeni ponudnik na področju razpisane koncesije \_\_\_\_\_ let in \_\_\_\_ mesecev izkušenj (opišite, kakšne izkušnje – obvezno navedite natančen datum od kdaj do kdaj je potekalo to delovanje):

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Izjava odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti**

Spodaj podpisani/a odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

pri ponudniku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

rojen/a \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(stalni naslov)

izjavljam, da (***ustrezno obkrožite in izpolnite):***

1. imam na področju razpisane koncesije \_\_\_\_ let in \_\_\_\_ mesecev izkušenj, pri čemer sem deloval pri naslednjih delodajalcih (obvezno navedite od kdaj do kdaj je potekalo to delovanje):
2. v ponudbi ni priložena fotokopija licence za razpisano zdravstveno dejavnost, zato Občini Rogaška Slatina dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

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

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

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

OBRAZEC 12P

|  |
| --- |
| I Z J A V A GLEDE NEGATIVNIH REFERENC PONUDNIKA IN ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI TER PISNO SOGLASJE PONUDNIKA, DA DOVOLJUJE KONCEDENTU DOSTOP DO PODATKOV GLEDE TEGA, ALI SO KAKŠNE NEGATIVNE REFERENCE NA STRANI PONUDNIKA IN ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI – M3 |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da (***ustrezno obkrožite in izpolnite***):

1. ni nobenih negativnih referenc na strani ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa;
2. so negativne reference na strani ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa, pri čemer so bile ugotovljene kršitve najpozneje do dneva objave tega razpisa odpravljanje (npr. globa, poravnavana);
3. so negativne reference na strani ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa, vendar ugotovljene kršitve najpozneje do dneva objave tega razpisa niso bile odpravljene (npr. globa ni poravnana).

Hkrati Občini Rogaška slatina dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci. Gre za ugotovitve na podlagi: notranjega nadzora, strokovnega nadzora s svetovanjem, upravnega nadzora, sistemskega nadzora, nadzora ZZZS nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti in inšpekcijskega nadzora.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

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

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

OBRAZEC 13P

|  |
| --- |
| I Z J A V A O PRIČETKU Z DELOM |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da bo navedeni ponudnik v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu pričel/a z delom najpozneje v roku 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS.

Skladno s tem bom pričel/a z delom \_\_\_\_ dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS. O datumu začetku opravljanja koncesijske dejavnosti bom koncedenta pisno obvestil/a.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig *(če ponudnik posluje z žigom)*

OBRAZEC 14P

|  |
| --- |
| I Z J A V A  O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI, IZKUŠNJAH IN REFERENCAH PONUDNIKA TER ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da (obkroži ustrezno in dodaj overjeno fotokopijo dokazila)

1. da ponudnik izkazuje samostojno opravljanje dejavnosti na področju razpisane koncesije
2. da ponudnik izkazuje pogodbeno sodelovanje z -------- izvajalcem na področju razpisane koncesije
3. da ponudnik izkazuje vsaj 10 letno pogodbeno sodelovanje z 1 izvajalcem na področju razpisane koncesije
4. da ponudnik ne izkazuje pogodbenega sodelovanja z izvajalci na področju razpisane koncesije

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

OBRAZEC 15F

|  |
| --- |
| I Z J A V A O LOKACIJI ORDINACIJE |

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

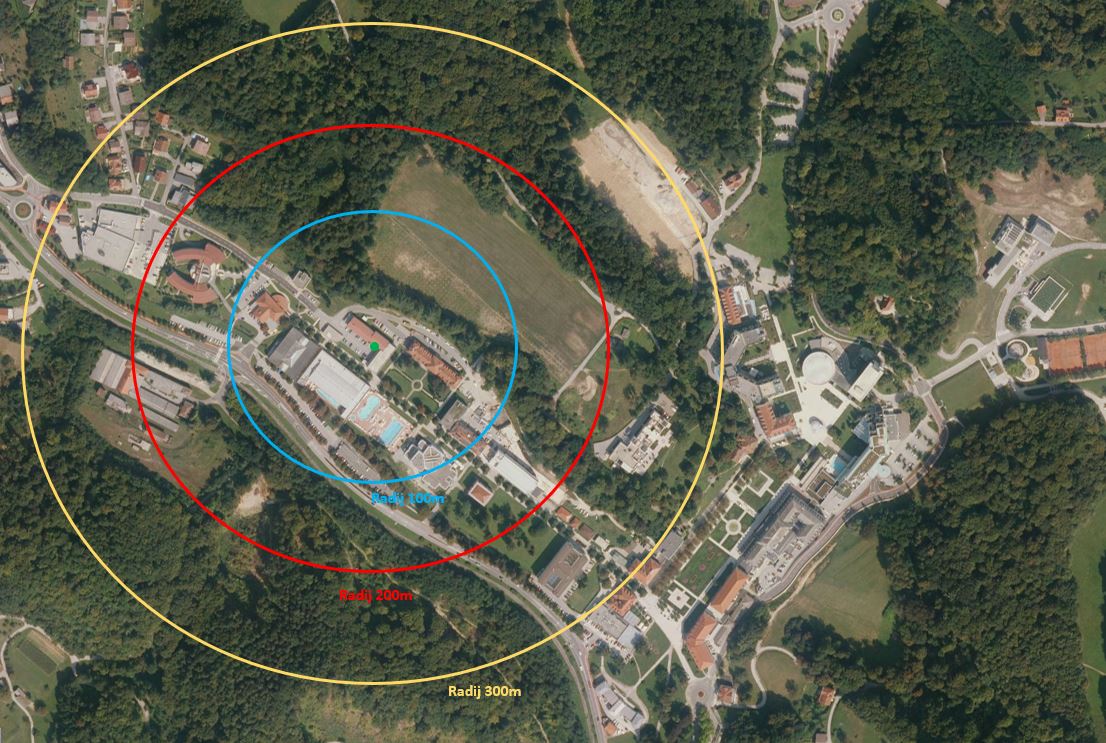
zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv ponudnika)

s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sedež ponudnika)

izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu ordinacijo za paciente zagotovil/a v radiju (**ustrezno obkroži, upoštevajoč prikaz radijev na** **spodnji grafiki)**



1. **100 m**
2. **200 m**
3. **300 m**

od sedeža ZP Rogaška Slatina, kjer so dostopna javna parkirna mesta, lekarna, ortopan in druge zdravstvene storitve. O sedežu ordinacije za paciente bom koncedenta pisno obvestil/a.in je ne spreminjal/a brez njegovega izrecnega soglasja ves čas trajanja koncesijskega razmerja.

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

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

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

1. **VZOREC KONCESIJSKE POGODBE ZA PONUDNIKA PRAVNO OSEBO**

OBČINA ROGAŠKA SLATINA, Izletniška ulica 2, Rogaška Slatina, ki jo zastopa župan mag. Branko KIDRIČ, matična številka: 5883946; identifikacijska številka za DDV: SI 84699825 (v nadaljnjem besedilu: koncedent)

in

…………, ki jo zastopa direktor …………….., matična številka: ………… identifikacijska številka za DDV: SI ,,,,,,,,, (v nadaljnjem besedilu: koncesionar)

skleneta naslednjo

**KONCESIJSKO OGODBO**

1. SPLOŠNE DOLOČBE
2. člen

S to pogodbo se na podlagi 44.f člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. [23/05](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2005-01-0778" \t "_blank" \o "Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo)) – uradno prečiščeno besedilo, [15/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-0455) – ZPacP, [23/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-0831), [58/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-2482) – ZZdrS-E, [77/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-3448) – ZDZdr, [40/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1700) – UJF, [14/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-0372), [88/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-3927) – ZdZPZD, [64/17](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2017-01-3026), [1/19](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2019-01-0005) – odl. US, [73/19](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2019-01-3228), [82/20](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2020-01-1233), [152/20](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2020-01-2610) – ZZUOOP, [203/20](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2020-01-3772) – ZIUPOPDVE, [112/21](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-2452) – ZNUPZ, [196/21](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-3898) – ZDOsk in [100/22](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2022-01-2511) – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu: ZZDej) urejajo medsebojna razmerja v zvezi z opravljanjem javne zdravstvene službe na sekundarni ravni na podlagi koncesije, v skladu s koncesijsko odločbo št. ………….. (v nadaljnjem besedilu: koncesijska odločba) ter se določijo pogoji, pod katerimi mora koncesionar opravljati koncesijsko dejavnost.

1. VRSTA IN OBSEG PROGRAMA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI
2. člen

Koncesionar je izvajalec koncesijske dejavnosti in opravlja zdravstveno dejavnost kot javno službo na podlagi koncesije na področju …….. in v obsegu ……. programa, kot je določeno z veljavno pogodbo, sklenjeno z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS), splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Med trajanjem koncesijskega razmerja je ob soglasju koncedenta dovoljena sprememba obsega programa (nebistvena sprememba koncesijskega razmerja), ki jo koncedent odobri v obliki spremembe koncesijsko odločbe. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

1. OBMOČJE IN LOKACIJA OPRAVLJANJE KONCESIJSKE DEJAVNOSTI
2. člen

Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost v ordinacijskih prostorih na območju ………….…. in na naslovu ………….. .

Med trajanjem koncesijskega razmerja je ob pisnem soglasju koncedenta dovoljena sprememba lokacije (nebistvena sprememba koncesijskega razmerja), ki jo koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe. Temu sledi sklenitev aneksa k tem pogodbi.

1. ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI
2. člen

Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti na področju je ………………….. in je pri koncesionarju zaposlen za ………. delovni čas ter odgovoren za organizacijo dela, ustreznost prostorov, opreme, materialov in kadrov za izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ter za sistemsko vzpostavitev pogojev za strokovno, kakovostno in varno izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti.

Med trajanjem koncesijskega razmerja je ob soglasju koncedenta dovoljena sprememba odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (nebistvena sprememba koncesijskega razmerja), ki jo koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

1. ORDINACIJSKI ČAS
2. člen

Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost v okviru naslednjega ordinacijskega časa (v nadaljnjem besedilu: ordinacijski čas koncesijske dejavnosti), ki znaša skupaj ……. ur in … minut tedensko (vključno z malico).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ORDINACIJSKI ČAS = SKUPNO TOČNO 32 UR IN 30 MINUT | |
| DOPOLDANSKI (do 16. ure) | POPOLDANSKI (po 16. uri) |
| PONEDELJEK |  |  |
| TOREK |  |  |
| SREDA |  |  |
| ČETRTEK |  |  |
| PETEK |  |  |
| SOBOTA |  |  |

Koncesionar zagotovi, da je urnik ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti uporabnikom storitev stalno na vpogled na vidnem mestu v neposredni bližini vhoda v ordinacijske prostore in na spletnih straneh koncesionarje, če jih ima.

Urnik ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti se lahko spremeni po predhodnem soglasju koncedenta. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

1. ZAČETEK OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI
2. člen

Koncesionar je dolžan najpozneje v enem mesecu od podpisa te pogodbe skleniti z ZZZS pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: pogodba z ZZZS).

Koncesionar začne opravljati koncesijsko dejavnost v najkrajšem možnem času, najpozneje pa v roku …….. dni od sklenitve pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev z ZZZS. V nasprotnem primeru koncedent brez predhodnega pisnega opozorila (osma alinea prvega odstavka 44.j člena ZZDej) v odločbo odvzame koncesijo.

Koncesionar je dolžan v roku 3 dni od začetka opravljanja koncesijske dejavnosti koncedenta o tem pisno obvestiti.

1. TRAJANJE KONCESIJSKEGA RAZMERJA
2. člen

Koncesija se podeli za določen čas, in sicer za obdobje 15. let, šteto od dneva začetka opravljanja koncesijske dejavnosti.

1. člen

Najpozneje 12 mesecev pred potekom obdobja podelitve koncesije koncedent preveri realizacijo programa v podeljenem obsegu ter ali še obstoji potreba po podelitvi koncesije, upoštevaje drugi odstavek 42. člena ZZDej. Če so izpolnjeni prej navedeni pogoji, koncedent na podlagi pozitivnega mnenja ZZZS in pristojne zbornice oziroma strokovnega združenja podaljša obdobje podelitve koncesije za naslednjih 15. let.

V primeru podaljšanja koncesije koncedent izda odločbo o podaljšanju koncesije in predlaga sklenitev aneksa h koncesijski pogodbi. V primeru neskladja med koncesijsko odločbo in koncesijsko pogodbo veljajo določbe koncesijske odločbe.

1. NADOMEŠČANJE MED ODSOTNOSTJO KONCESIONARJA
2. člen

Koncesionar je dolžan zagotoviti, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izključno sam opravlja koncesijsko dejavnost, razen v primeru letnega dopusta, organiziranega izobraževanja, bolezni in druge upravičene odsotnosti, ko mora, tako kot je opredeljeno v veljavni pogodbi z ZZZS, zagotoviti ustrezno nadomeščanje s strani ……………….. (v nadaljnjem besedilu: nadomestni zdravnik).

Najkasneje ob prvem nadomeščanju je koncesionar dolžan posredovati koncedentu overjeno fotokopijo veljavne licence nadomestnega zdravnika.

O datumu nadomeščanja in nadomestnem zdravniku je koncesionar dolžan predhodno ustrezno obvestiti koncedenta v pisni obliki ali po elektronski pošti in uporabnike storitev na vidnem mestu v ordinacijskih prostorih.

1. NAČIN FINANCIRANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI
2. člen

Koncedent ni dolžan zagotavljati koncesionarju nobenih sredstev za opravljanje javne zdravstvene službe.

Sredstva za opravljanje javne zdravstvene službe koncesionar pridobiva na podlagi pogodbe z ZZZS.

1. POGOJI, KI JIH MORA KONCESIONAR IZPLNJEVATI V ČASU TRAJANJA KONCESIJSKEGA RAZMERJA
2. člen

Koncedent z odločbo odvzame koncesijo, če ugotovi, da koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno pogodbo z ZZZS, splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Koncesionar je dolžan ves čas trajanja koncesijskega razmerja opravljati koncesijsko dejavnost v skladu s/z:

* koncesijsko odločbo;
* to pogodbo;
* splošnimi akti koncedenta;
* dovoljenjem Ministrstva za zdravje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Hkrati mora ves čas trajanja koncesijskega razmerja izpolnjevati pogoje za izdajo tega dovoljenja;
* veljavno pogodbo z ZZZS;
* splošnimi akti in predpisi ZZZS;
* veljavno zakonodajo;
* drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost;
* plani in programi na področju zdravstvenega varstva.

1. PRAVICE IN OBVEZNOSTI KONCEDENTA IN KONCESIONARJA V ČASU TRAJANJA IN PO POTEKU KONCESIJSKE POGODBE
2. člen

Koncesionar je dolžan:

* pred pričetkom izvajanja koncesijske dejavnosti na vidno mesto v neposredni bližini vhoda v ordinacijske prostore namestiti standardizirano obvestilo za koncesionarje v zdravstveni dejavnosti na sekundarni ravni, ki mu ga priskrbi koncedent. Navedeno obvestilo mora biti uporabnikom storitev stalno na vpogled na vidnem mestu v neposredni bližini vhoda v ordinacijske prostore;
* opravljati koncesijsko dejavnost, kot je določeno z veljavno pogodbo z ZZZS, splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko odločbo in to pogodbo;
* prevzeti v zdravstveno obravnavo vse tiste zavarovane osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo to želele;
* za opravljanje programa zdravstvenih storitev, ki jih opravlja za zavarovane osebe pri ZZZS v Sloveniji, imeti sklenjeno pogodbo o izvajanju programa zdravstvenih storitev z ZZZS (v nadaljnjem besedilu: pogodba z ZZZS);
* najpozneje v enem mesecu od podpisa te pogodbe skleniti pogodbo z ZZZS in v roku 15 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
* pogodbo z ZZZS obnavljati skladno s pogoji razpisa ZZZS za program zdravstvenih storitev in najpozneje v roku 15 dni po sklenitvi nove pogodbe z ZZZS posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
* ob vsaki spremembi pogodbe z ZZZS v roku 15 dni po tem spremembi posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
* v roku 15 dni po podaljšanju licence odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti posredovati koncedentu en izvod fotokopije podaljšane licence;
* opravljati koncesijsko dejavnost v ordinacijskih prostorih na lokaciji, opredeljeni v tej pogodbi;
* opravljati koncesijsko dejavnost v ordinacijskem času koncesijske dejavnosti, opredeljenem v tej pogodbi in veljavni pogodbi z ZZZS;
* pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti lokacijo opravljanja koncesijske dejavnosti;
* pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti;
* pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti obseg programa zdravstvene dejavnosti;
* pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti ordinacijski čas koncesijske dejavnosti;
* zagotoviti, da ima za vrsto zdravstvene dejavnosti, v katero sodi progam zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije, za polni delovni čas zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti se lahko zaposli za krajši delovni čas, če gre za sorazmerno zaposlitev glede na predviden manjši obseg izvajanja programa zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenih storitev specialistične bolnišnične dejavnosti);
* zagotoviti, da ima zaposlene ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali ZZdrS, in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije;
* zagotoviti kadre glede na dodeljeni program v skladu s kadrovskimi normativi v številu, ki jih koncesionarju prizna ZZZS;
* ves čas izvajanja javne službe vsem svojim pacientom zagotavljati storitve, ob upoštevanju vseh spoznanj znanosti in strokovno preverjenih metod;
* imeti urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike;
* opravljati program s standardno ekipo po veljavnih standardih v skladu z vsakoletnim splošnim dogovorom, sklenjenim v okviru ZZZS;
* voditi zdravstveno-statistične podatke v skladu z veljavnimi predpisi ter poročati nacionalnemu inštitutu za javno zdravje in drugim pristojnim institucijam;
* biti vključen v enotni zdravstveno-informacijski sistem, ki je organiziran na nacionalni ravni;
* ob sklenitvi pogodbe z ZZZS z ZZZS vzpostaviti računalniško izmenjavo podatkov (RIP);
* za opravljene zdravstvene storitve, v skladu s predpisi ZZZS in veljavno zakonodajo, ki ureja področje zdravja, uporabnikom storitev vedno izstaviti račune, iz katerih je razvidna vrsta opravljenih zdravstvenih storitev. Koncesionar mora poskrbeti, da je cenik storitev uporabnikom storitev stalno na vpogled na vidnem mestu v ordinacijskih prostorih;
* zagotoviti, da se zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri koncesionarju vključujejo v strokovno izpopolnjevanje ter da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izpolnjuje strokovne, tehnične in druge predpisane pogoje za opravljanje koncesijske dejavnosti v celotnem obdobju trajanja koncesije;
* ločeno voditi izkaz prihodkov in odhodkov ter sredstev in virov sredstev, ki se nanašajo na opravljanje koncesijske dejavnosti, od tistih, ki se nanašajo na opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo preglednost finančnih odnosov, in ločeno evidentiranje različnih dejavnosti;
* zagotoviti diagnostične in terapevtske storitve po pogodbi z ustrezno službo.

1. POROČANJE O OPRAVLJANJU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI
2. člen

Koncesionar je dolžan:

* na pisno zahtevo koncedenta predložiti vsebinska poročila v zvezi z opravljanjem koncesijske dejavnosti, tudi o svojem finančnem poslovanju v delu, ki se nanaša na opravljanje koncesijske dejavnosti. Koncedent v zahtevi za poročanje določi vsebino poročila in rok za predložitev;
* zagotavljati podatke in poročila v skladu z veljavnimi predpisi in poročati pristojnim institucijam.

1. NADZOR NAD OPRAVLJANJEM KONCESIJSKE DEJAVNOSTI
2. člen

Koncedent izvaja nadzor nad izvajanjem koncesijske odločba in koncesijske pogodbe v delu, ki se nanaša na razmerje med koncedentom in koncesionarjem oziroma nujne medsebojne pravice in obveznosti.

Skladno z določili iz prejšnjega odstavka ima koncedent pravico nadzorovati opravljanje koncesijske dejavnosti, pri čemer ga koncesionar ne sme ovirati oziroma mora omogočiti koncedentu nemoteno opravljanje nadzora iz prejšnjega odstavka.

1. člen

Glede na ugotovitve nadzora ali pritožb uporabnikov, lahko koncedent pristojnim organom predlaga uvedbo strokovnega, upravnega ali finančnega nadzora.

1. člen

Koncesionar je dolžan vzpostaviti vse oblike notranjega nadzora ter sistema kakovosti in varnosti.

1. člen

Pri koncesionarju se za zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela poleg notranjega nadzora opravljajo tudi naslednje vrste nadzora:

* strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvajajo pristojne zbornice oziroma strokovna združenja v skladu z ZZDej ali ZZdrS;
* upravni nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje;
* sistemski nadzor, ki ga izvaja ministrstvo za zdravje,
* nadzor ZZZS nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti;
* inšpekcijski nadz9or, ki ga izvajajo pristojne inšpekcijski organi.

1. PRENEHANJE KONCESIJSKE POGODBE
2. člen

Koncesijska pogodba preneha:

* s potekom časa, za katerega je bila sklenjena;
* s smrtjo koncesionarja;
* s stečajem ali zaradi drugega načina prenehanja koncesionarja;
* če je pravnomočno koncesijska odločba odpravljena ali izrečena za nično;
* s sporazumom,
* z odpovedjo pogodbe iz razlogov in pod pogoji, ki so določen iv koncesijski pogodbi;
* v primeru odvzema koncesije.

1. člen

Če koncesionar neprekinjeno več kot šest mesecev zaradi bolezni, varstva in vzgoje otroka ali izobraževanja ne more ali ne bi mogel opravljati koncesijske dejavnosti, se koncesionar in koncedent z aneksom h koncesijski pogodbi dogovorita o začasnem opravljanju koncesijske dejavnosti največ za obdobje dveh let. Če koncesionar zaradi razlogov iz prejšnjega stavka opusti opravljanje koncesijske dejavnosti za več kot dve leti, se koncesija odvzame.

1. člen

Pogodbeni stranki se lahko med trajanjem te pogodbe sporazumeta o njenem prenehanju. Pogodbena stranka, ki želi sporazumno prenehanje te pogodbe, posreduje drugi pogodbeni stranki pisno vlogo, ki vsebuje obrazložitev razlogov.

1. člen

Koncesionar je dolžan o odpovedi te pogodbe pisno obvestiti koncedenta vsaj 6 mesecev pred prenehanjem te pogodbe.

V primeru koncesionarjevega neupoštevanja navedenega roka za odpoved te pogodbe, je koncesionar dolžan opravljati koncesijsko dejavnost vse dokler ne začne opravljati te dejavnosti nov izvajalec, vendar največ 6 mesecev od dneva odpovedi te pogodbe. Koncedent lahko določi tudi drugačne način izvajanja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno zakonodajo.

1. člen

Koncedent za odločbo odvzame koncesijo, če ugotovi, da koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno pogodbo z ZZZS, splošnimi akti ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Koncesijo odvzame tudi v primeru, če:

* je koncesionarju odvzeto dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti v skladu s 3.b členom ZZDej;
* koncesionar ne začne opravljati koncesijske dejavnosti v za to določenem roku;
* koncesionar v roku, ki je določen v koncesijski odločbi, ne izpolni pogojev za začetek opravljanja koncesijske dejavnosti, za katere je bilo v koncesijski odločbi določeno, da jih koncesionar izpolni po podelitvi koncesije in pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti;
* koncesionar ne izpolnjuje pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz 44.č člena ZZDej;
* koncesionar krši določbe koncesijske odločbe ali koncesijske pogodbe, ali preneha v celoti ali deloma opravljati koncesijsko dejavnosti;
* koncesionar krši predpise s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvenih storitev, delovnim razmerij, davkov in prispevkov za socialno varnost, računovodstva in drugih prepisov v delu, ki se nanašajo na opravljanje zdravstvene dejavnosti;
* koncesionar ne ravna v skladu z izrečenimi ukrepi v okviru nadzora po ZZDej;
* koncesionar prenese koncesijo na drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti;
* ZZZS prekine ali ne sklene pogodbe s koncesionarjem zaradi koncesionarjevega kršenja pogodbenih obveznosti;
* koncesionar odkloni sklenitev pogodbe z ZZZS, ki bi bila v skladu s to pogodbo, odločbo o podelitvi koncesije in drugi odločbo;
* koncesionar ne obnovi pogodbe z ZZZS skladno s pogoji razpisa ZZZS za program zdravstvenih storitev;
* koncesionar nima urejenega zavarovanja odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom ki ureja zdravniško službo;
* je koncesionar v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;
* pri koncesionarju obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil;
* koncesionar najkasneje v roku 14 dni od prekinitve pogodbe z odgovornim nosilcem zdravstvene dejavnosti, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev;
* koncesionar najkasneje v roku 14 dni od odvzema ali ne-pošiljanja licence za samostojno opravljanje zdravniške službe odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev;
* koncesionar najkasneje v roku 14 dni od pravnomočnosti kazenske sodbe s katero je bil odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti izrečen ukrep prepovedi opravljanja zdravstvene službe oziroma poklica, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev;
* koncesionar najkasneje v roku 14 dni od prenehanja veljavnosti pogodbe o zaposlitvi odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev.

1. člen

Preden koncedent koncesionarju odvzame koncesijo zaradi kršitev, ga pisno opozori na kršitve, ki so razlog za odvzem koncesije, in mu določi primeren rok za odpravo kršitev.

Če koncesionar ugotovljenih kršitev ne odpravi v roku, ki ga je določil koncedent, se mu koncesija odvzame z odločbo o odvzemu koncesije.

Predhodno opozorilo ni potrebno, če gre za kršitve, ki imajo elemente kaznivega dejanja, če gre za primere iz prve, druge ali tretje alineje prvega odstavka prejšnjega člena ali če je koncesija odvzeta na podlagi 44.g člena ZZDej.

Z dokončnostjo odločbe o odvzemu koncesije (in v skladu z njo) prenehata koncesijsko razmerje in koncesijska pogodba.

Koncesionar in koncedent morata izpolniti obveznosti, ki so nastale do prenehanja koncesijskega razmerja.

1. ODGOVORNOST KONCESIONARJA ZA ŠKODO TRETJIM OSEBAM
2. člen

Koncesionar je odgovoren za vso morebitno škodo, ki nastane tretjim osebam, kot posledica njegovega ravnanja ali opustitve oziroma povzročeno z opravljanjem ali neopravljanjem koncesijske dejavnosti.

Koncesionar mora imeti v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike.

1. PROTIKORUPCIJSKA KLAVZULA
2. člen

V primeru, da je pri sklenitvi ali pri izvajanju te pogodbe kdo v imenu ali na račun koncesionarja, predstavniku, funkcionarju, posredniku ali javnemu uslužbencu koncedenta obljubil, ponudil ali dal kakšno nedovoljeno korist za pridobitev tega posla ali za sklenitev tega posla pod ugodnejšimi pogoji ali za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je koncedentu povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku, funkcionarju, posredniku ali javnemu uslužbencu koncedenta, koncesionarju ali njegovemu predstavniku, zastopniku ali posredniku, je ta pogodba nična.

Koncedent bo na podlagi svojih ugotovitev o domnevnem obstoju dejanskega stanja iz prvega odstavka tega člena ali obvestila Komisije za preprečevanje korupcije ali drugih organov, glede na njegovega domnevnega nastanka, pričel z ugotavljanjem pogojev ničnosti te pogodbe oziroma z drugimi ukrepi v skladu s predpisi Republike Slovenije.

1. SKRBNIŠTVO POGODBE
2. člen

Pooblaščeni predstavnik koncedenta, ki nadzoruje izvajanje te pogodbe, je …………, ki je hkrati skrbnik pogodbe.

O morebitni spremembi skrbnika te pogodbe se koncesionarja pisno obvesti.

1. KONČNE DOLOČBE
2. člen

Vse morebitne spremembe in dopolnitve bosta pogodbeni stranki uredili z aneksom k tej pogodbi.

1. člen

Pogodbeni stranki bosta morebitne spore iz te pogodbe reševali sporazumno in sproti. Če to ne bo mogoče, bo spore reševalo pristojno sodišče.

1. člen

Ta pogodba je sestavljena v štirih (4) izvodih, od katerih vsaka pogodbena stranka prejeme po dva (2) izvoda.

1. člen

Pogodba je sklenjena in prične veljati z dnem podpisa obeh pogodbenih strank.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Številka:  Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Številka:  Rogaška Slatina, dne |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KONCESIONAR**  ……………  direktor  …………….. |  | **KONCEDENT**  Občina Rogaška Slatina  župan  mag. Branko KIDRIČ |