|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Republika Slovenija  OBČINA ZAGORJE OB SAVI  Cesta 9. avgusta 5  1410 Zagorje ob Savi |  | tel.: 03 56 55 700  fax: 03 56 64 011  www.zagorje.si  obcina.zagorje@zagorje.si |

**JAVNI RAZPIS**

**ZA PODELITEV KONCESIJ ZA IZVAJANJE JAVNE SLUŽBE V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI NA PODROČJU PEDIATRIJE V OBČINI ZAGORJE OB SAVI**

**Razpisna dokumentacija vsebuje:**

1. **Besedilo javnega razpisa**
2. **Navodila za izdelavo in posredovanje ponudb**
3. **Zahtevane sestavine ponudbe**
4. **Opis postopka obravnave ponudb**
5. **Prijavni obrazec in izjave**
6. **Vzorec pogodbe o koncesiji**
7. **Obrazci**

**ROK ZA ODDAJO PONUDB: 17. 1. 2025**

**Številka: 014-0047/2024**

**Datum: 18. 11. 2024**

1. **BESEDILO JAVNEGA RAZPISA**

Občina Zagorje ob Savi na podlagi 44.b člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ in 14/23- odl. US in [84/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2570) – ZDOsk-1; v nadaljevanju: ZZDej) in 4. člena Odloka o podelitvi koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi (Uradni list RS, št. 126/23) objavlja

**JAVNI RAZPIS**

**za** **podelitev koncesije za opravljanje** **javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi**

1. **ŠTEVILKA IN DATUM KONCESIJSKEGA AKTA:** 007-8/2023 z dne 7.12.2023
2. **KONCEDENT:** Občina Zagorje ob Savi, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi (v nadaljevanju: občina ali koncedent).
3. **PREDMET JAVNEGA RAZPISA:** Predmet javnega razpisa je podelitev koncesij za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi.
4. **VRSTA, OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA PROGRAMOV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI:** Koncedentpodeljuje koncesiji za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi. Obseg podelitve koncesije:

* 1,00 program pediatrije
* 1,00 program pediatrije.

Naročnik bo za koncesiji izdal odločbo na podlagi tega razpisa.

Ponudnik lahko pri posameznem razpisanem programu zdravstvene dejavnosti prijavi le enega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki bo opravljal zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije.

1. **ZAČETEK IN ČAS TRAJANJA KONCESIJE:** Koncesijsko razmerje se sklepa za določen čas 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja programa zdravstvene dejavnosti. Koncesionar je dolžan začeti opravljati koncesijsko dejavnosti najkasneje v roku 1 meseca od sklenitve pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, sicer se mu koncesija odvzame z odločbo.
2. **NAČIN DOSTOPA DO RAZPISNE DOKUMENTACIJE:** Javni razpis je v skladu z ZZDej objavljen na spletni strani Zagorje ob Savi ([<http://www.zagorje.si>](http://www.zalec.si)) in na portalu javnih naročil.
3. **NASLOV, ROK IN NAČIN PREDLOŽITVE PONUDBE:** Ponudbo za razpisani program zdravstvene dejavnosti tega javnega razpisa je potrebno nasloviti na: Občina Zagorje ob Savi, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi.

Ponudbo se lahko posreduje po pošti, kot priporočeno pošiljko, ali se jo odda osebno v zaprti ovojnici v vložišču Občine Zagorje ob Savi – pisarna št. 113 in 114 v 1. nadstropju, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi, v poslovnem času, ki je: v ponedeljek, torek in četrtek od 8.00 do 15.00 ure, v sredo od 8.00 do 17.00 ure in v petek od 8.00 do 13.00 ure.

Na zadnji strani ovojnice mora biti naveden ponudnik, na sprednji strani levo spodaj pa vidna označba: »NE ODPIRAJ – Ponudba za javni razpis za pediatrijo, 014-0047/2024«. Priporočena je uporaba predloga ovojnice – OBR 10.

Za pravočasne bodo štete ponudbe, oddane po pošti do vključno 17. 1. 2025 oziroma osebno oddane v vložišču Občine Zagorje ob Savi – do vključno 17. 1. 2025 do zaključka delovnega časa.

Če se ponudba pošlje priporočeno po pošti, se za dan, ko je organ prejel ponudbo, šteje dan oddaje na pošto do 24.00 ure.

Dodatne informacije lahko vlagatelji zahtevajo po elektronski pošti na naslov: [blanka.smit@zagorje.si](mailto:blanka.smit@zagorje.si) do 10. 1. 2025.

Koncedent si pridržuje pravico najkasneje tri dni pred potekom roka za oddajo ponudbe spremeniti in dopolniti razpisno dokumentacijo na lastno pobudo ali kot odgovor na zahtevo za pojasnila. Sprememba bo na voljo v obliki "Dopolnila".

Koncedent bo po potrebi podaljšal rok za oddajo ponudbe, da bo ponudnikom omogočil upoštevanje dopolnitev oziroma sprememb razpisne dokumentacije.

1. **POGOJI ZA PONUDBO IN UGODNOSTI KONCEDENTA**

Koncesionar mora izpolnjevati zakonsko predpisane pogoje, ki jih določa 44.č člen ZZDej, in sicer:

* ima dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti;
* ima za vrsto zdravstvene dejavnosti, v katero sodi program zdravstvene dejavnosti oziroma sodijo storitve specialistične bolnišnične dejavnosti, ki so predmet koncesije, za polni delovni čas zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, razen ko je sam izvajalec zdravstvene dejavnosti odgovorni nosilec 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;
* ima zaposlene ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz tega zakona ali zakona, ki ureja zdravniško službo, in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije;
* bo sklenil pogodbo z javnim zdravstvenim zavodom o obsegu in vrstah sodelovanja za potrebe izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva, če gre za zdravstveno dejavnost, ki se izvaja v okviru neprekinjenega zdravstvenega varstva;
* ima v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike;
* mu v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena tega zakona;
* ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica, o čemer predloži potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja;
* pri ponudniku ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil.

Drugi pogoji:

* ima ustrezno strokovno izobrazbo za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa, je usposobljen za samostojno delo in izpolnjuje pogoje, ki jih določa 3.a člen ZZDej;
* ni v delovnem razmerju oziroma bo do začetka opravljanja koncesije po tem razpisu prekinil delovno razmerje;
* bo zagotovil začetek opravljanja koncesije najkasneje v roku (enega) meseca od sklenitve pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
* bo izvajal zdravstveno dejavnost po tem razpisu v Zdravstvenem domu Zagorje ob Savi;
* aktivno obvlada slovenski jezik;
* bo prevzel vse opredeljene osebe dosedanjega izvajalca programa zdr. dejavnosti, če bodo to želele;
* bo zagotovil ordinacijski čas za 1,00 programa za zavarovane osebe ZZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldan od 16. ure dalje.

1. **DOKAZILA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV**

Ponudnik mora, za izvajanje dejavnosti, ki je predmet javnega razpisa izpolnjevati zakonsko predpisane pogoje, določene v 44.č členu ZZDej in druge pogoje, ki jih določa koncedent. **Kot dokaz o izpolnjevanju zahtevanih pogojev ponudnik v ponudbi na javni razpis predloži ustrezna dokazila v originalu ali fotokopiji oziroma v skladu z določili 3. odst. 44.c člena ZZDej za dokazila, ki jih koncedent lahko pridobi iz uradnih evidenc, poda pisno soglasje, da koncedentu dovoljuje pridobitev teh podatkov iz uradnih evidenc.**

Dokazila o izpolnjevanju zakonskih pogojev:

* 1. dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
  2. izjavo o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za vrsto zdravstvene dejavnosti, za katero ponudnik kandidira, razen, ko je sam izvajalec zdravstvene dejavnosti odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti,
  3. izjavo o zaposlitvi na drugi zakoniti podlagi zagotovljene ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, v kolikor to ne bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (samo pravne osebe),
  4. dokazilo o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo,
  5. izjavo, da ponudniku v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov, opredeljenih v 44.j členu ZZDej,
  6. potrdilo, da ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica,
  7. izjavo, da pri ponudniku ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil po 75. člena Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 69/19 - odl. US, 49/20 - ZIUZEOP, 80/20 - ZIUOOPE, 152/20 - ZZUOOP, 175/20 - ZIUOPDVE, 203/20 - ZIUPOPDVE, 15/21 - ZDUOP, 112/21 – ZNUPZ;  [10/22](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2022-01-0107), [74/22](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2022-01-1705) – odl. US, [100/22](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2022-01-2511) – ZNUZSZS, [28/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-0530) in [88/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2599) – ZOPNN- v nadaljevanju: ZJN-3),
  8. izjavo, da bo ponudnik prevzel vse opredeljene osebe dosedanjega izvajalca programa zdr. dejavnosti, če bodo to želele,
  9. izjavo, da bo ponudnik 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 popoldan od 16. ure dalje.

1. **MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA**

Ponudbe ponudnikov bodo ocenjene v skladu z naslednjimi merili:

* 1. Strokovna usposobljenost, izkušnje in reference ponudnika ter odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti;
  2. Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti;
  3. Ugotovitve nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej pri ponudniku;
  4. Pričetek izvajanja koncesijske dejavnosti;
  5. Pogostost izvajanja popoldanskega ordinacijskega časa.

Če dosežeta dva ali več najbolje ocenjenih ponudnikov razpisanega programa zdravstvene dejavnosti enako število točk, se ta program dodeli z žrebom.

1. **NASLOV IN DATUM ODPIRANJA PONUDB**

Odpiranje ponudb za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije bo 23. 1. 2025 ob 10.00 uri v prostorih Občine Zagorje ob Savi, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi.

Odpiranje ponudb bo vodila strokovna komisija (v nadaljevanju: komisija), ki jo imenuje župan Občine Zagorje ob Savi. Odpiranje ponudb bo javno.

1. **POSTOPEK OBRAVNAVE PONUDB**

Komisija bo obravnavala vse pravočasne in pravilne ponudbe. Prepozne in nepravilne ponudbe bodo s sklepom zavržene in vrnjene pošiljatelju. Komisija si pridržuje pravico do preverjanja resničnosti in verodostojnosti navedb v ponudbi, izpolnjevanja zakonskih in drugih pogojev ter vseh drugih podatkov, navedenih v ponudbi. Komisija lahko, skladno z načelom proste presoje dokazov, od ponudnikov zahteva dodatna pojasnila ali dokumente. Občina Zagorje ob Savi si pridržuje pravico, da ne izbere nobenega ponudnika.

Po opravljeni obravnavi in vrednotenju vseh pravočasnih, pravilnih in popolnih ponudb bo komisija predlog o izbiri posredovala Ministrstvu za zdravje. Ko bo koncedent pridobil soglasje Ministrstva za zdravje k podelitvi koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije za ponudnika, bo izdal odločbo, s katero bo podelil koncesijo izbranemu ponudniku, ostale obravnavane ponudbe pa zavrnil. Koncedent bo na svoji spletni strani najpozneje 5 dni po pravnomočni odločbi o izbiri koncesionarja, objavil obvestilo o rezultatu postopka podelitve koncesije.

**Obvestilo ponudnikom o obdelavi osebnih podatkov**

S posredovanjem ponudbe na ta javni razpis ponudnik soglaša z obdelavo osebnih podatkov za namen izvedbe postopka podelitve razpisane koncesije zdravstvene dejavnosti, z razpisom izbrani ponudnik pa tudi za namen izvajanja koncesije. Podatki se hranijo trajno. Upravljalec osebnih podatkov je Občina Zagorje ob Savi, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi (kontaktni podatki pooblaščene osebe za varstvo osebnih podatkov: [info@intelektum.eu](mailto:info@intelektum.eu)). Posameznik, na katerega se osebni podatki nanašajo, ima pravico dostopa, seznanitve in popravka (vključno s pravico do pritožbe pri Informacijskem pooblaščencu).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ŽUPAN**  **OBČINE ZAGORJE OB SAVI**  **Matjaž Švagan** |

1. **NAVODILA ZA IZDELAVO PONUDBE**

**PRAVNA PODLAGA**

Javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi se izvaja na podlagi 44.b člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ,14/23- odl. US in [84/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2570) – ZDOsk-1; v nadaljevanju: ZZDej) in 4. člena Odloka o podelitvi koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi (Uradni list RS, št. 126/23; v nadaljevanju: Odlok).

**IZDELAVA PONUDBE**

Ponudnik mora ponudbo izdelati v slovenskem jeziku, prav tako morajo biti v slovenskem jeziku izdelane oziroma priložene ali prevedene vse obvezne sestavine razpisne dokumentacije. Vsi zahtevani podatki na prijavnem obrazcu morajo biti izpolnjeni ter prijavni obrazec podpisan. Prijavnemu obrazcu morajo biti priložena vsa dokazila in izjave o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz javnega razpisa (od tč. 9.1. do 9.9.) ter izjave z zahtevanimi dokazili za vrednotenje meril (od tč. 10.1. do 10.5.). Ponudnik mora parafirati vzorec pogodbe.

**PRAVOČASTNOST, PRAVILNOST IN POPOLNOST PONUDBE**

Strokovna komisija bo ocenjevala in izbrala najugodnejšo ponudbo le med ponudbami, ki so pravočasne, pravilne in popolne. Ponudba mora biti pravočasna, pravilna, popolna in veljavna.

Ponudbo za razpisani program zdravstvene dejavnosti tega javnega razpisa je potrebno nasloviti na: Občina Zagorje ob Savi, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi. Ponudbo se lahko posreduje po pošti, kot priporočeno pošiljko, ali se jo odda osebno v zaprti ovojnici v vložišču Občine Zagorje ob Savi – pisarna št. 113 in 114 v 1. nadstropju, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi, v poslovnem času, ki je: v ponedeljek, torek in četrtek od 8.00 do 15.00 ure, v sredo od 8.00 do 17.00 ure in v petek od 8.00 do 13.00 ure.

Za pravočasne bodo štete ponudbe, oddane po pošti do vključno 17. 1. 2025 oziroma osebno oddane v vložišču Občine Zagorje ob Savi – do vključno 17. 1. 2025 do zaključka delovnega časa.

Ponudba je pravilna, če je predložena v zaprti ovojnici s pripisom »NE ODPIRAJ – Ponudba za javni razpis za pediatrijo, 014-0047/2024«. Priporočena je uporaba predloga ovojnice – OBR 10.

Popolna je tista ponudba, ki vsebuje vse zahtevane sestavine in priloge ter izpolnjuje vse pogoje iz razpisa in te razpisne dokumentacije ter je posredovana izključno na predpisanih obrazcih. Ponudba fizičnih oseb mora vsebovati sledeče:

* prijavni obrazec za fizične osebe s soglasji,
* na vsaki strani parafiran vzorec pogodbe o koncesiji,
* izpolnjeni obrazci z zahtevanimi prilogami

Ponudba pravne osebe/samostojnega podjetnika je popolna, če vsebuje:

* prijavni obrazec za pravne osebe/samostojnega podjetnika s soglasji,
* na vsaki strani parafiran vzorec pogodbe o koncesiji,
* izpolnjeni obrazci z zahtevanimi prilogami.

Ponudba, ki ne bo poslana na naslov Občine Zagorje ob Savi v skladu s prej navedenimi navodili, bo obravnavana kot nepravilna in bo s sklepom zavržena ter vrnjena pošiljatelju.

Komisija sme zahtevati od ponudnikov pojasnila ali dokumente, da bi si pomagala pri pregledu, primerjavi in vrednotenju ponudb. Dopustne bodo le take dopolnitve ponudb, s katerimi se odpravijo manjša odstopanja od zahtev razpisne dokumentacije in ki v nobenem primeru ne vplivajo na vsebino ponudb in ocenjevanje ter razvrščanje glede na posamezne ponudbe, skladno s postavljenimi merili za izbor.

1. **ZAHTEVANE SESTAVINE PONUDBE**

V primeru, da je ponudnik pravna oseba ali samostojni podjetnik, morajo biti Prijavni obrazec in izjave v ponudbi podpisane s strani zakonitega zastopnika pravne osebe oziroma samostojnega podjetnika ter žigosane, v nasprotnem primeru mora biti navedeno, da se žig ne uporablja. V kolikor je na Prijavnem obrazcu in/ali izjavi zahtevano, je potreben tudi podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa in za katerega ponudnik kandidira.

**DOKAZILA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV IZ TČ. 9 JAVNEGA RAZPISA**

Ponudnik mora, za izvajanje dejavnosti, ki je predmet javnega razpisa izpolnjevati zakonsko predpisane pogoje, določene v 44.č členu ZZDej in druge pogoje, ki jih določa koncedent.

**Kot dokaz o izpolnjevanju zahtevanih pogojev ponudnik v ponudbi na javni razpis predloži ustrezna dokazila v originalu ali fotokopiji oziroma v skladu z določili 3. odst. 44.c člena ZZDej za dokazila, ki jih koncedent lahko pridobi iz uradnih evidenc, poda pisno soglasje, da koncedentu dovoljuje pridobitev teh podatkov iz uradnih evidenc.**

K ponudbi je potrebno predložiti:

***Kot dokazilo pod tč. 9.1.* –** *dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti:*

* veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju pediatrije (3.a člen ZZDej) oziroma pisno soglasje koncedentu za dostop do podatkov iz uradne evidence (fizične osebe),
* veljavno dovoljenje pravni osebi oz. samostojnemu podjetniku za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju pediatrije oz. pisno soglasje koncedentu za dostop do podatkov iz uradne evidence (pravna oseba, samostojni podjetnik),
* izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 1) ali izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 2),
* izjava odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku (OBR 3) – pravne osebe.

Poleg navedenega še:

* soglasje za dostop do podatkov iz uradne evidence Ministrstva za pravosodje (za fizične osebe),
* soglasje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za dostop do podatkov iz uradne evidence Ministrstva za pravosodje (za pravne osebe).

Pogoj mora biti izpolnjen pred sklenitvijo koncesijske pogodbe.

***Kot dokazilo pod tč. 9.2.* –** *izjava o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za vrsto zdravstvene dejavnosti, za katero ponudnik kandidira, razen, ko je sam izvajalec zdravstvene dejavnosti odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti:*

* izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 1) ali izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 2).

Pogoj mora biti izpolnjen najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti.

Dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja (pogodba o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva) mora koncesionar predložiti koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti.

***Kot dokazilo pod tč. 9.3. –*** samo pravne osebe***:*** *izjavo o zaposlitvi na drugi zakoniti podlagi zagotovljene ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, v kolikor to ne bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti:*

* izjava zakonitega zastopnika pravne osebe oz. nosilca zdravstvene dejavnosti (OBR 2) – pravne osebe.

Pogoj mora biti izpolnjen najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti.

Dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja (pogodbo o zaposlitvi s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva) mora koncesionar predložiti koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti.

***Kot dokazilo pod tč. 9.4. -*** *dokazilo o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo:*

* fotokopija zavarovalne police o zavarovanju odgovornosti za zdravnike,
* izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 1) ali izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 2),

Pogoj mora biti izpolnjen najkasneje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe.

***Kot dokazilo pod tč. 9.5. -*** *izjavo, da ponudniku v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov, opredeljenih v 44.j členu ZZDej:*

* izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 1) ali izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 2),

Pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe.

***Kot dokazilo pod tč. 9.6. -*** *potrdilo, da ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica:*

* potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja oziroma pisno soglasje koncedentu, da pridobi podatke za ponudnika iz uradnih evidenc (fizična oseba) ali potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja oziroma pisno soglasje koncedentu, da pridobi podatke za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti iz uradnih evidenc (odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti) – soglasja v sklopu prijavnega obrazca,
* izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 1) ali izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 2).

Pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe.

***Kot dokazilo pod tč. 9.7. -*** *izjavo, da pri ponudniku ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil po 75. člena Zakona o javnem naročanju (ZJN-3):*

* izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 1) ali izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 2),

Pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe.

***Kot dokazilo pod tč. 9.8. -*** *izjavo, da bo ponudnik prevzel vse opredeljene osebe dosedanjega izvajalca programa zdr. dejavnosti, če bodo to želele:*

* izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 1) ali izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 2),

Pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe.

***Kot dokazilo pod tč. 9.9. -*** *izjavo, da bo ponudnik 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 popoldan od 16. ure dalje:*

* izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 1) ali izjava ponudnika o izpolnjevanju zakonskih in drugih pogojev iz točke 9 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 2),

Pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe.

**IZJAVE OZ. DOKAZILA PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB GLEDE NA POSTAVLJENA MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IZ TČ. 10 JAVNEGA RAZPISA**

***Kot dokazilo pod tč. 10.1. -*** *strokovna usposobljenost, izkušnje in reference ponudnika ter odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti*

* izjava o strokovni usposobljenosti, izkušnjah in referencah – fizična oseba (OBR 4),
* izjava odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku o strokovni usposobljenosti, izkušnjah in referencah (OBR 5).

***Kot dokazilo pod tč. 10.2. –*** *dostopnost lokacije za opravljanje zdravstvene dejavnosti:*

* izjava o opravljanju koncesijske dejavnosti (OBR 6)

***Kot dokazilo pod tč. 10.3. –*** *Ugotovitev nadzornih postopkov iz 76. čl. ZZDej:*

* izjave ponudnika za vrednotenje ponudb glede na postavljena merila za izbiro koncesionarja iz točke 10 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 7) ali izjave ponudnika za vrednotenje ponudb glede na postavljena merila za izbiro koncesionarja iz točke 10 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 8).

***Kot dokazilo pod tč. 10.4. -*** *Pričetek izvajanja koncesijske dejavnosti:*

* izjave ponudnika za vrednotenje ponudb glede na postavljena merila za izbiro koncesionarja iz točke 10 javnega razpisa – fizična oseba (OBR 7) ali izjave ponudnika za vrednotenje ponudb glede na postavljena merila za izbiro koncesionarja iz točke 10 javnega razpisa - pravna oseba/samostojni podjetnik (OBR 8).

***Kot dokazilo pod tč. 10.5.*** - *Pogostost izvajanja popoldanskega ordinacijskega časa:*

### izjava ponudnika o pogostosti izvajanja popoldanskega ordinacijskega časa (OBR 9).

Ponudba mora biti izdelana v slovenskem jeziku in podpisana s strani vlagatelja.

**Koncedent si pred podelitvijo koncesije pridržuje pravico zahtevati vpogled v izvirnike predloženih listin.**

**INFORMACIJE IN POJASNILA**

Razpisna dokumentacija je dostopna na spletni strani Občine Zagorje ob Savi in na Portalu javnih naročil.

Ponudnik lahko zahteva dodatna pojasnila in informacije v zvezi z razpisno dokumentacijo pri kontaktni osebi koncedenta: Blanka Šmit, [blanka.smit@zagorje.si](mailto:blanka.smit@zagorje.si) do 10. 1. 2025.

**PREDLOŽITEV PONUDBE IN ODPIRANJE PONUDB**

Ponudbe bodo štete za pravočasne, če bodo oddane na pošto do vključno 17. 1. 2025 oz. osebno oddane na vložišču Občine Zagorje ob Savi do vključno 17. 1. 2025 do zaključka delovnega časa vložišča Zagorje ob Savi.

Odpiranje ponudb za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije bo javno in bo potekalo 23. 1. 2025 ob 10.00 uri v prostorih Občine Zagorje ob Savi, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi.

1. **OPIS POSTOPKA OBRAVNAVE PONUDB**

Odpiranje pravočasnih in pravilnih ponudb bo vodila strokovna komisija (v nadaljevanju: komisija), ki jo s sklepom imenuje župan Občine Zagorje ob Savi. Komisija si pridržuje pravico do preverjanja resničnosti in verodostojnosti navedb v ponudbi, izpolnjevanja zakonsko predpisanih in drugih pogojev ter preverjanja vseh podatkov, navedenih v ponudbi. V skladu z načelom proste presoje dokazov sme komisija v postopku pregleda, primerjave in vrednotenja ponudb zahtevati od ponudnikov dodatna pojasnila ali dokumente. Dovoljena so le taka pojasnila k ponudbam izključno na poziv komisije, s katerimi se pojasnijo manjša odstopanja od zahtev razpisne dokumentacije in ki v nobenem primeru ne vplivajo na vsebino ponudb in njihovo ocenjevanje ter razvrščanje glede na postavljena merila, niti ne zadevajo navodil za izdelavo ponudb iz razpisne dokumentacije.

Merila za izbiro koncesionarja določa 44.d člen ZZDej. Prijave ponudnikov bodo ocenjene v skladu z naslednjimi merili:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZAP.ŠT | MERILA | Maksimalno število točk |
| 1 | Strokovna usposobljenost, izkušnje in reference ponudnika ter odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti | 30 |
| 2 | Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti | 5 |
| 3 | Ugotovitve nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej pri ponudniku | 5 |
| 4 | Pričetek izvajanja koncesijske dejavnosti | 5 |
| 5 | Pogostost izvajanja popoldanskega ordinacijskega časa. | 10 |

Ponudnik lahko doseže skupno največ 55 točk.

**Pod zaporedno št. 1:**

Upoštevajo se delovne izkušnje oziroma delovna doba odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, in sicer se upoštevajo leta samostojnega opravljanja zdravstvene dejavnosti od dneva opravljene specializacije iz pediatrije dalje, dopolnjena na datum posredovanja oziroma oddaje ponudbe na ta javni razpis.

Od dneva opravljene specializacije iz pediatrije

do oddaje prijave točk

do vključno 5 let 0 točk

nad 5 let do vključno 10 let 10 točk

nad 10 let do vključno 20 let 20 točk

Več kot 20 let 10 točk

Predložene reference - priporočila v povezavi s preteklim delom (do največ 10) se točkujejo do skupno največ 10 točk, vsaka po 1 točko.

**Pod zaporedno št. 2:**

Upošteva se izjava ponudnika o izvajanju koncesijske dejavnosti v Zdravstvenem domu Zagorje ob Savi. Ponudniku se dodeli 5 točk.

**Pod zaporedno št. 3:**

Ponudniku, ki z izjavo potrdi, da nima negativnih referenc v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. čl. ZZDej, niti na strani ponudnika niti na strani odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti se dodeli 5 točk. V nasprotnem primeru se za vsako negativno referenco odšteje 5 točk od skupnega števila točk.

**Pod zaporedno št. 4:**

Upošteva se izjava ponudnika, v koliko dneh po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) bo pričel izvajati koncesijsko dejavnost iz javnega razpisa. V primeru pričetka izvajanja dejavnosti v roku od 0 do 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS, se ponudniku dodeli 5 točk, v vseh ostalih primerih se točk ne dodeli.

**Pod zaporedno št. 5:**

Upošteva se izjava ponudnika, kako pogosto bo zagotovil izvajanje koncesijske dejavnosti med 16.00 in 20.00 uro.

Točke se dodelijo sledeče:

* Razpored ordinacijskega časa, ki vključuje dva ali več dni v tednu popoldan 10 točk
* Razpored ordinacijskega časa, ki vključuje en dan v tednu popoldan (obvezen program) 0 točk.

Če dosežeta dva ali več najbolje ocenjenih ponudnikov razpisanega programa zdravstvene dejavnosti enako število točk, se ta program dodeli z žrebom.

Po opravljeni obravnavi in vrednotenju vseh pravočasnih, pravilnih in popolnih ponudb bo komisija izdelala predlog o izbiri in ga posredovala pristojnemu upravnemu organu. Koncedent bo pridobil soglasje Ministrstva za zdravje k podelitvi koncesije za ponudnika, katerega izbor bo predlagala komisija, in nato izdal in vročil odločbo, s katero bo koncesijo podelil izbranemu ponudniku, ostale obravnavane ponudbe pa zavrnil. V odločbi bo skladno s 44.e členom ZZDej določen tudi rok, v katerem mora izbrani ponudnik podpisati koncesijsko pogodbo in rok za pričetek opravljanja koncesijske dejavnosti. Ponudnik lahko vloži pritožbo zoper izdano odločbo o izbiri koncesionarja v roku 15 dni od datuma njene vročitve, o pritožbi odloča župan občine.

V primeru, da komisija oceni, da nihče od ponudnikov ni primeren za podelitev razpisane koncesije, se koncesija ne podeli.

Koncedent najpozneje 5 dni po pravnomočnosti odločbe o izbiri koncesionarja na svoji spletni strani objavi obvestilo o rezultatu postopka podelitve koncesije.

Koncedent in izbrani koncesionar uredita medsebojna razmerja s koncesijsko pogodbo, ki je sestavni del te razpisne dokumentacije.

Če izbrani koncesionar ne bo v rokih iz izjav, predloženih v ponudbi na ta javni razpis, koncedentu predložil ustreznih dokazil, se bo štelo, da ne izpolnjuje pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz 44.č člena ZZDej, zato se mu bo koncesija z odločbo odvzela.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | |  | **ŽUPAN**  **OBČINE ZAGORJE OB SAVI**  **Matjaž Švagan** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V. PRIJAVNI OBRAZEC IN IZJAVE**  **PRIJAVNI OBRAZEC ZA FIZIČNE OSEBE** |  |  |

**PODATKI O PONUDNIKU – FIZIČNA OSEBA**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **STALNO PREBIVALIŠČE** |  |
| **EMŠO** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |
| **TELEFONSKA ŠTEVILKA** |  |
| **ELEKTRONSKI NASLOV** |  |
| **NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI** |  |

V okviru javnega razpisa kandidiram za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi v obsegu 1,00 programa

in izjavljam, da se v celoti strinjam in sprejemam vse pogoje, ki so zahtevani in vsa merila za izbor koncesionarjev, ki so navedeni v tej razpisni dokumentaciji.

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

Občini Zagorje ob Savi za namene tega javnega razpisa izrecno dovoljujem, da 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 ponudnika) |

**SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE - FIZIČNA OSEBA**

Podpisani

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **STALNO PREBIVALIŠČE** |  |
| **EMŠO** |  |

za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi v obsegu 1,00 programa, Občini Zagorje ob Savi dajem soglasje za pridobitev podatkov o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz 3.a člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 - odl. US in [84/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2570) – ZDOsk-1; v nadaljevanju: ZZDej).

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis) |

**SOGLASJE ZA PRIDOBITEV PODATKOV O POSTOPKIH PRED ORGANI PRISTOJNE ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV V ZVEZI Z OPRAVLJANJEM POKLICA - FIZIČNA OSEBA**

Podpisani

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **STALNO PREBIVALIŠČE** |  |
| **EMŠO** |  |

dajem Občini Zagorje ob Savi, za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi v obsegu 1,00 programa, za namen dokazovanja izpolnjevanja pogoja iz sedme alineje prvega odstavka 44. č člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ. 14/23 - odl. US in [84/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2570) – ZDOsk-1; v nadaljevanju: ZZDej) soglasje za pridobitev podatkov iz evidence o izvedenih strokovnih nadzorih s svetovanjem in odrejenih ukrepih, ki jo vodi Zdravniška zbornica Slovenije.

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis) |

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

**SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA PRAVOSODJE – FIZIČNA OSEBA**

Podpisani ponudnik

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **STALNO PREBIVALIŠČE** |  |
| **EMŠO** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

dajem Občini Zagorje ob Savi za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi v obsegu 1,00 programa, soglasje za posredovanje podatkov iz evidence pristojnega ministrstva, da nisem bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali nisem bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti.

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis) |

**PRIJAVNI OBRAZEC ZA PRAVNE OSEBE**

**PODATKI O PONUDNIKU – PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali 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 koncesije, ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti):

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **STALNO PREBIVALIŠČE** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |
| **TELEFONSKA ŠTEVILKA** |  |
| **ELEKTRONSKI NASLOV** |  |

V okviru javnega razpisa Občine Zagorje ob Savi za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi, št. 014-0047/2024 z dne 18. 11. 2024, kandidiram za podelitev koncesije na razpisanem področju:

**pediatrije v obsegu (obkroži):**

1. **1,00 programa**
2. **1,00 programa.**

Izjavljam, da:

* se v celoti strinjam in sprejemam vse pogoje iz razpisne dokumentacije in vsa merila za izbor koncesionarja s tem javnim razpisom,
* nisem subjekt, za katerega bi za Občino Zagorje ob Savi veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. [69/11](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2011-01-3056) – uradno prečiščeno besedilo, [158/20](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2020-01-2765), [3/22](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2022-01-0014) – ZDeb in [16/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-0301) – ZZPri),
* pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi za podelitev koncesije resnični.

Za namene tega javnega razpisa izrecno dovoljujem Občini Zagorje ob Savi, da 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 oz. pravne osebe ter žig, če ga ponudnik uporablja) |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku) |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis nosilca zdravstvene dejavnosti – zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti) |

**SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE - PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

Podpisani

(podatki zakonitega zastopnika pravne osebe ali samostojnega podjetnika)

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **NASLOV** |  |
| **EMŠO:** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

za pravno osebo:

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe oz. samostojnega podjetnika)** |  |
| **NASLOV** |  |
| **MATIČNA ŠTEVILKA** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi v obsegu 1,00 programa

Občini Zagorje ob Savi dajem soglasje za pridobitev podatkov o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz 3.a člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23- odl. US in [84/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2570) – ZDOsk-1; v nadaljevanju: ZZDej).

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (žig in podpis) |

**SOGLASJE ZA PRIDOBITEV PODATKOV O POSTOPKIH PRED ORGANI PRISTOJNE ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV V ZVEZI Z OPRAVLJANJEM POKLICA - ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti:

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **NASLOV** |  |
| **EMŠO:** |  |

pri pravni osebi:

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe oz. samostojnega podjetnika)** |  |
| **NASLOV** |  |
| **MATIČNA ŠTEVILKA** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

dajem Občini Zagorje ob Savi za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi v obsegu 1,00 programa za namen dokazovanja izpolnjevanja pogoja iz sedme alineje prvega odstavka 44. č člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23- odl. US in [84/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2570) – ZDOsk-1; v nadaljevanju: ZZDej) soglasje za pridobitev podatkov iz evidence o izvedenih strokovnih nadzorih s svetovanjem in odrejenih ukrepih, ki jo vodi Zdravniška zbornica Slovenije.

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( žig in podpis) |

**SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA PRAVOSODJE - ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Podpisani odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **STALNO PREBIVALIŠČE** |  |
| **EMŠO** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

pri pravni osebi:

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe oz. samostojnega podjetnika)** |  |
| **NASLOV** |  |
| **MATIČNA ŠTEVILKA** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

dajem Občini Zagorje ob Savi za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi v obsegu 1,00 programa, za namen dokazovanja izpolnjevanja pogoja iz druge alineje petega odstavka 3.a člena ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE in 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23- odl. US in [84/23](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2570) – ZDOsk-1; v nadaljevanju: ZZDej), soglasje za posredovanje podatkov iz evidence ministrstva, da nisem bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali nisem bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti.

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis) |

1. **VZOREC POGODBE O KONCESIJI**

**OBČINA ZAGORJE OB SAVI**, Cesta 9. avgusta 5, 1410 Zagorje ob Savi, ki jo zastopa župan Matjaž Švagan

Matična številka: 5883890000

Davčna številka: SI 25643444

v nadaljevanju: koncedent,

in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matična št.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, davčna št.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki ga zastopa zakoniti zastopnik\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

v nadaljevanju: koncesionar,

skleneta naslednjo

**POGODBO O KONCESIJI**

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Občina Zagorje ob Savi je dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ objavila Javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi, št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, izbrala ponudnika ter zaprosila Ministrstvo za zdravje za podajo soglasja k izbiri ponudnika za podelitev koncesije.

Ministrstvo za zdravje je podalo soglasje št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ k izbiri koncesionarja, na podlagi katerega je bila izdana odločba o podelitvi koncesije št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

S to pogodbo se podrobneje urejajo razmerja v zvezi z opravljanjem javne službe med koncedentom in koncesionarjem, v skladu z veljavnimi predpisi in na podlagi odločbe o podelitvi koncesije št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ter se podrobneje določajo pogoji, pod katerimi mora koncesionar opravljati osnovno zdravstveno dejavnost na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi.

Koncesionar začne opravljati in opravlja javno službo kot zasebno zdravstveno dejavnost na način in v obsegu, kot to določa odločba o podelitvi koncesije.

Koncesionar mora začeti opravljati dejavnost s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Koncesionar je pri opravljanju dejavnosti dolžan uporabljati slovenski jezik.

II. PREDMET POGODBE

1. člen

Koncesionar oziroma izvajalec koncesijske dejavnosti opravlja zdravstveno dejavnost kot osnovno zdravstveno dejavnost v obsegu \_\_\_\_ programa na področju na področju pediatrije v Občini Zagorje ob Savi, kot je določeno z veljavno pogodbo, sklenjeno z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS), s predpisi ZZZS ter v skladu z veljavno zakonodajo, splošnimi akti koncedenta in odločbo o podelitvi koncesije.

Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti, zaposlen pri koncesionarju za polni delovni čas oz. sorazmerno glede na obseg izvajanja programa zdravstvene dejavnosti je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(samo za pravne osebe in samostojne podjetnike).

Sprememba odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti je mogoča le po predhodnem pisnem soglasju koncedenta. Koncesionar mora po tem, ko je pridobil predhodno pisno soglasje koncedenta k spremembi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, zaprositi ministrstvo, pristojno za zdravje, za spremembo dovoljenja za opravljanje dejavnosti. Koncesionar v 14 dneh od izdaje novega dovoljenja koncedentu predloži fotokopijo dovoljenja ali poda pisno soglasje koncedentu za pridobitev podatkov o spremenjenem dovoljenju iz uradne evidence ministrstva. V tem primeru spremembe odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti se izda nova odločba o podelitvi koncesije ter se sklene aneks k tej pogodbi (samo za pravne osebe in samostojne podjetnike).

Koncesijsko dejavnosti pri koncesionarju izvaja nosilec (v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesij, ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (samo za pravne osebe in samostojne podjetnike).

1. člen

Koncesionar mora ves čas trajanja koncesijskega razmerja izpolnjevati pogoje za veljavno dovoljenje za opravljanje koncesijske dejavnosti iz zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost.

III. TRAJANJE KONCESIJSKEGA RAZMERJA

1. člen

Koncesija se podeljuje za določen čas, za dobo 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na način in pod pogoji iz zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost.

V skladu z odločbo o podelitvi koncesije, koncesionar v roku do 14 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti koncedentu predloži pogodbo, sklenjeno z ZZZS.

5. člen

Koncesijska pogodba preneha:

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

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.

Koncesionar je dolžan o odpovedi te pogodbe pisno obvestiti koncedenta vsaj 10 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 10 mesecev od dneva odpovedi te pogodbe. Koncedent lahko določi tudi drugačen način izvajanja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno zakonodajo.

1. člen

Če koncesionar neprekinjeno več kot šest mesecev zaradi bolezni, varstva ali vzgoje otroka ali izobraževanja ne more ali ne bi mogel opravljati koncesijske dejavnosti, se koncesionar in koncedent z dodatkom k tej pogodbi dogovorita o začasnem opravljanju koncesijske dejavnosti največ za obdobje dveh let. Če koncesionar zaradi prej navedenih razlogov ne opravlja koncesijske dejavnosti več kot dve leti, se koncesija odvzame.

1. OBMOČJE IN LOKACIJA OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI
2. člen

Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost v prostorih koncedenta na naslovu: Javni zavod Zdravstveni dom Zagorje ob Savi, Cesta zmage 1, 1410 Zagorje ob Savi. V ta namen bo koncesionar z upravljalcem prostorov sklenil najemno pogodbo.

Sprememba lokacije opravljanja koncesijske dejavnosti je mogoča le po predhodnem pisnem soglasju koncedenta. Koncesionar mora po tem, ko pridobi predhodno pisno soglasje koncedenta k spremembi lokacije opravljanja koncesijske dejavnosti, v skladu z zakonom zaprositi ministrstvo, pristojno za zdravje, za spremembo dovoljenja za opravljanje dejavnosti. Koncesionar v 14 dneh od izdaje novega dovoljenja koncedentu predloži kopijo dovoljenja ali poda pisno soglasje koncedentu za pridobitev podatkov o spremenjenem dovoljenju iz uradne evidence ministrstva, v nasprotnem primeru se mu koncesija odvzame. V primeru spremembe lokacije izvajanja koncesijske dejavnosti se izda nova odločba o podelitvi koncesije ter se sklene aneks k tej pogodbi.

1. DELOVNI IN ORDINACIJSKI ČAS KONCESIJSKE DEJAVNOSTI
2. člen

Koncesionar bo zagotavljal izvajanje koncesijske dejavnosti v obsegu \_\_\_\_ ur tedensko, v okviru naslednjega ordinacijskega časa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DAN** | **OD (URA)** | **DO (URA)** |
| Ponedeljek |  |  |
| Torek |  |  |
| Sreda |  |  |
| Četrtek |  |  |
| Petek |  |  |

V navedenem delovnem in ordinacijskem času koncesijske dejavnosti koncesionar ne sme opravljati dejavnosti, ki ne sodijo v koncesijsko dejavnost.

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

Urnik ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti se lahko spremeni na podlagi utemeljenih razlogov, po predhodnem soglasju koncedenta in s soglasjem ZZZS. V primeru spremembe ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti se sklene aneks k tej pogodbi.

1. PRAVICE IN OBVEZNOSTI POGODBENIH STRANK

9. člen

Koncesionar je dolžan:

* nadaljevati z zdravljenjem pacientov dosedanjega izvajalca programa zdr. dejavnosti, ki bodo to želeli;
* za opravljanje programa zdravstvenih storitev, ki jih koncesionar opravlja za zavarovane osebe pri ZZZS v Sloveniji, skleniti pogodbo o izvajanju programa zdravstvenih storitev z ZZZS;
* izključno sam opravljati 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 z zdravnikom z isto strokovno usposobljenostjo (v nadaljevanju: nadomestni zdravnik). O datumu nadomeščanja in nadomestnem zdravniku mora koncesionar predhodno ustrezno obvestiti uporabnike storitev na vidnem mestu v prostorih, v katerih se opravlja koncesijska dejavnost ter na spletni strani, če jo ima;
* imeti za polni delovni čas oz. sorazmerno glede na obseg izvajanja programa zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki izpolnjuje zahtevane pogoje iz zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost ter 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 z zdravnikom z isto strokovno usposobljenostjo (v nadaljevanju: nadomestni zdravnik). O datumu nadomeščanja in nadomestnem zdravniku mora koncesionar predhodno ustrezno obvestiti uporabnike storitev na vidnem mestu v prostorih, v katerih se opravlja koncesijska dejavnost ter na spletni strani, če jo ima (velja samo za pravne osebe in samostojne podjetnike);
* koncedenta obvestiti o vložitvi vloge pri ministrstvu, pristojnem za zdravje, za spremembo odgovornega nosilca koncesijske dejavnosti (velja samo za pravne osebe in samostojne podjetnike);
* opravljati koncesijsko dejavnost izključno v ordinacijskih prostorih na lokaciji, opredeljeni v tej pogodbi. Koncesionar je skladno s 7. čl. te pogodbe dolžan pisno zaprositi koncedenta, če namerava lokacijo opravljanja koncesijske dejavnosti spremenit;
* v okviru ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti, opredeljenega v tej pogodbi in veljavni pogodbi z ZZZS, opravljati izključno zdravstvene storitve, ki sodijo v koncesijsko dejavnost ter pisno zaprositi koncedenta, če namerava ordinacijski čas koncesijske dejavnosti spremeniti;
* 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;
* na zahtevo koncedenta v roku, ki ga določi koncedent, poročati o svojem finančnem poslovanju v delu, ki se nanaša na opravljanje koncesijske dejavnosti;
* zagotavljati strokovne, tehnične in druge predpisane pogoje za opravljanje koncesijske dejavnosti v celotnem obdobju trajanja koncesije;
* zagotavljati podatke in poročila v skladu z veljavnimi predpisi in poročati pristojnim institucijam;
* vključevati se v strokovno izpopolnjevanje ter izpolnjevati predpisane pogoje glede strokovne usposobljenosti zaposlenih za nadaljnje delo;
* zagotavljati vse oblike notranjega nadzora ter sistem kakovosti in varnosti v skladu z veljavnimi predpisi;
* vključiti se v enotni zdravstveno-informacijski sistem, ki je organiziran na nacionalni ravni.

10. člen

Koncedent ni dolžan koncesionarju zagotavljati nobenih sredstev za opravljanje zdravstvene službe. Sredstva za opravljanje koncesijske dejavnosti koncesionar pridobiva na podlagi pogodbe z ZZZS.

1. člen

Koncesionar odgovarja za ravnanje zaposlenih, ki pri njem opravljajo zdravstvene storitve in so predmet koncesije na podlagi pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava.

Koncesionar zaposlenim, ki pri njem opravljajo zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, na podlagi pogodbe o zaposlitvi izplačuje plačo in zagotavlja druge pravice iz delovnega razmerja najmanj v obsegu, ki ga določajo predpisi in kolektivne pogodbe za zaposlene v javnem zdravstvenem zavodu.

1. člen

Koncesionar mora pogodbo z ZZZS obnavljati skladno s pogoji ZZZS za obseg zdravstvene dejavnosti, za katerega je podeljena koncesija in koncedentu v roku 8 dni po sklenitvi posredovati kopijo veljavne pogodbe z ZZZS, sicer se mu koncesija, v skladu z veljavno zakonodajo in to pogodbo, odvzame.

Koncesionar mora ob vsaki spremembi pogodbe z ZZZS v roku 8 dni po spremembi pogodbe, koncedenta o tem obvestiti in predložiti kopijo veljavne pogodbe z ZZZS, sicer se mu koncesija, v skladu z veljavno zakonodajo in to pogodbo, odvzame.

1. člen

Sprememba lokacije opravljanja koncesijske dejavnosti je mogoča le po predhodnem soglasju koncedenta, po postopku iz 7. člena te pogodbe. Sprememba odgovornega nosilca koncesijske dejavnosti je mogoča le pod pogoji in po postopku iz 2. člena te pogodbe. V primeru statusnega preoblikovanja je koncesionar dolžan predhodno o načrtovani spremembi obvestiti koncedenta.

Koncesionar mora vsako spremembo, povezano s statusnim preoblikovanjem, z dovoljenjem za opravljanje koncesijske dejavnosti ali odgovornim nosilcem koncesijske dejavnosti v skladu z zakonom sporočiti ministrstvu, pristojnem za zdravje. V primeru spremembe odgovornega nosilca koncesijske dejavnosti ali lokacije izvajanja koncesijske dejavnosti, mora koncesionar pristojno ministrstvo zaprositi za spremembo dovoljenja za opravljanje koncesijske dejavnosti v primeru statusnega preoblikovanja pa za izdajo novega dovoljenja za opravljanje koncesijske dejavnosti.

Koncesionar je ob vsaki spremembi dovoljenja za opravljanje koncesijske dejavnosti dolžan koncedentu v roku 8 dni od izdaje posredovati kopijo dovoljenja oz. podati soglasje, na podlagi katerega koncedent pri ministrstvu pridobi podatke iz uradne evidence, sicer se mu koncesija, v skladu z veljavno zakonodajo in to pogodbo, odvzame.

1. člen

Koncesionar mora ob vsak spremembi te pogodbe v roku 14 dni po vročitvi aneksa k pogodbi oz. po vročitvi nove pogodbe o tem ustrezno obvestiti ZZZS v pisni obliki. Obvestilu mora priložiti fotokopijo aneksa k tej pogodbi oz. fotokopijo nove pogodbe, sicer se mu koncesija, v skladu z veljavno zakonodajo in to pogodbo, odvzame.

1. ODGOVORNOST ZA ŠKODO
2. člen

Koncesionar je v celoti odgovoren za škodo, ki jo sam ali pri njem zaposlene osebe v zvezi z izvajanjem koncesije povzročijo uporabnikom ali drugim osebam.

Koncesionar je dolžan poskrbeti za zavarovanje odgovornosti za škodo iz prejšnjega odstavka tega člena in za škodo, ki nastane zaradi nepravilnega opravljanja dejavnosti, ki je predmet koncesije.

Koncesionar mora imeti ves čas veljavnosti te pogodbe sklenjeno veljavno zavarovanje za zavarovanje odgovornosti iz naslova opravljanja dejavnosti.

Na zahtevo koncedenta je koncesionar dolžan predložiti zavarovalno polico ali drugo dokazilo o sklenitvi zavarovanja.

1. POROČANJE IN NADZOR
2. člen

Koncedent ima pravico nadzorovati opravljanje koncesijske dejavnosti, pri čemer ga koncesionar ne sme ovirati.

Koncesionar je dolžan na pisno zahtevo koncedenta v roku, ki ga določi koncedent, predložiti vsebinska poročila v zvezi z opravljanjem koncesijske dejavnosti, tudi o svojem finančnem poslovanju v delu, ki se nanaša na opravljanje koncesijske dejavnosti.

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

1. člen

Kadar koncedent ugotovi, da koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno zakonodajo, splošnimi akti ZZZS ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, odločbo o podelitvi koncesije in to pogodbo, mu določi rok za odpravo pomanjkljivosti.

Rok za odpravo pomanjkljivosti se določi tudi:

* če koncesijske dejavnosti ne opravlja nosilec koncesijske dejavnosti, naveden v ponudbi na javni razpis Občine Zagorje ob Savi, št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z dne\_\_\_\_\_\_\_\_ oziroma naveden v odločbi o podelitvi koncesije št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oziroma je ne opravlja izključno tisti, ki je določen, da ga začasno nadomešča v primeru letnega dopusta, organiziranega izobraževanja, bolezni in druge upravičene odsotnosti,
* če koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v ordinacijskem času koncesijske dejavnosti, opredeljenem v tej pogodbi in veljavni pogodbi z ZZZS,
* če koncesionar v okviru ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti opravlja dejavnosti, ki ne sodijo v koncesijsko dejavnost,
* če koncesionar koncesijske dejavnosti ne opravlja izključno v prostorih na lokaciji, opredeljeni v tej pogodbi,
* če koncesionar ne deluje v skladu z veljavno pogodbo z ZZZS in predpisi ZZZS,
* če koncesionar ovira koncedenta pri izvajanju nadzora,
* če koncesionar ne predloži koncedentu ustreznega zahtevanega poročila v roku, ki ga je le-ta določil.

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

1. člen

Koncesija se odvzame, kadar to določa veljavna zakonodaja in drugi predpisi, splošni akti koncedenta, odločba o podelitvi koncesije ali ta pogodba v naslednjih primerih:

* iz razloga iz 6. člena te pogodbe,
* iz razloga iz 7. člena te pogodbe,
* iz razloga iz 13. člena te pogodbe,
* iz razloga iz 14. člena te pogodbe,
* iz razloga iz 15. člena te pogodbe,
* iz razloga iz 17. člena te pogodbe
* če Ministrstvo za zdravje, koncesionarja na podlagi določil zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost, odvzame dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
* če ZZZS prekine ali ne sklene pogodbe s koncesionarjem zaradi koncesionarjevega kršenja pogodbenih obveznosti,
* če koncesionar odkloni sklenitev pogodbe z ZZZS, ki bi bila v skladu s to pogodbo in odločbo o podelitvi koncesije,
* če koncesionar ne obnovi pogodbe z ZZZS skladno s pogoji razpisa ZZZS za obseg zdravstvene dejavnosti, za katerega je podeljena koncesija,
* če koncesionar najkasneje v roku 14 dni od prenehanja veljavnosti pogodbe o zaposlitvi odgovornega nosilca oz. nosilca koncesijske dejavnosti pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev (velja samo za pravne osebe in samostojne podjetnike)
* če koncesionar najkasneje v roku 14 dni od pravnomočnosti kazenske sodbe, s katero je bil odgovornemu nosilcu oz. nosilcu koncesijske dejavnosti izrečen ukrep prepovedi opravljanja zdravstvene dejavnosti oz. poklica, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev.

Koncedent odvzame koncesijo z odločbo, s katero se določijo tudi ukrepi, ki so potrebni za nemoteno opravljanje koncesijske dejavnosti do podelitve koncesije drugemu izvajalcu.

Z dnem dokončnosti odločbe o odvzemu koncesije, preneha koncesijsko razmerje in ta pogodba v skladu z odločbo o odvzemu.

Najkasneje v roku enega meseca je koncesionar dolžan o odvzemu koncesije obvestiti vse svoje uporabnike storitev ter ravnati z zdravstveno dokumentacijo uporabnikov storitev v skladu z veljavno zakonodajo.

1. 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 njegovega domnevnega nastanka, pričel z ugotavljanjem pogojev ničnosti te pogodbe oziroma z drugimi ukrepi v skladu z veljavnimi predpisi.

1. člen

Pooblaščeni predstavnik koncedenta, ki nadzoruje izvajanje te pogodbe, in skrbnik predmetne pogodbe je \_\_\_\_\_\_\_\_\_, skrbnik pogodbe s strani koncesionarja pa je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. KONČNE DOLOČBE
2. člen

Vse morebitne spremembe in dopolnitve bosta pogodbeni stranki uredili z aneksom k tej pogodbi. Za vsa ostala razmerja, ki niso urejena s to pogodbo, se uporabljajo določila zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost.

1. člen

Pogodbeni stranki bosta morebitne spore iz te pogodbe reševali sporazumno, v nasprotnem primeru bo spore reševalo stvarno in krajevno pristojno sodišče.

1. člen

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

1. člen

Pogodba je sestavljena v 4 (štirih) izvodih, od katerih dobi vsaka stranka po 2 (dva) izvoda.

Številka zadeve:

Številka pogodbe:

|  |  |
| --- | --- |
| Koncedent:  Občina Zagorje ob Savi  Matjaž Švagan, župan | Kraj: Zagorje ob Savi  Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Koncesionar:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Kraj:  Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **OBRAZCI** | **OBR 1** |

**IZJAVA PONUDNIKA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV IZ TOČKE 9 JAVNEGA RAZPISA – FIZIČNA OSEBA**

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

(ime in priimek ponudnika)

izjavljam, da:

9.1. bom najkasneje do sklenitve koncesijske pogodbe imel pridobljeno veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti na razpisanem področju, izdano s strani pristojnega ministrstva v skladu z določili ZZDej;

9.2. bom najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju sam izvajal naloge zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti,

9.4. imam urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo,

9.5. mi v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe ni bila odvzeta koncesija iz razlogov, opredeljenih v 44.j členu ZZDej;

9.6. nisem v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;

9.7. ob vložitvi ponudbe zame ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil po 75. členu Zakona o javnem naročanju (ZNJ-3);

9.8. bom v primeru podelitve koncesije prevzel vse opredeljene osebe dosedanjega izvajalca programa zdr. dejavnosti, če bodo to želele;

9.9. bo ponudnik 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 popoldan od 16. ure dalje.

Za namene tega javnega razpisa izrecno dovoljujem Občini Zagorje ob Savi da 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) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **OBR 2** |

**IZJAVA PONUDNIKA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV IZ TOČKE 9 JAVNEGA RAZPISA - PRAVNA OSEBA/SASMOSTOJNI PODJETNIK**

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika:

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe oz. samostojnega podjetnika)** |  |
| **NASLOV** |  |
| **MATIČNA ŠTEVILKA** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

izjavljam, da:

9.1. bo imel ponudnik najkasneje do sklenitve koncesijske pogodbe imel pridobljeno veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti na razpisanem področju, izdano s strani pristojnega ministrstva v skladu z določili ZZDej;

9.2. bo imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju za polni delovni čas zaposlenega odgovornega nosila zdravstvene dejavnosti (dokazilo o izpolnjevanju pogoja – pogodba o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva – bo predložena koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);

9.3. bo imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju zaposlenega ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljenega usposobljenega zdravstvenega delavca, ki izpolnjuje pogoje iz ZZDej in ki bo opravljal zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, v kolikor to ne bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja – pogodba o zaposlitvi ali druga zakonita podlaga za zagotovitev zdravstvenega delavca s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva – bo predložena koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);

9.4. ima ponudnik urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike;

9.5. ponudniku v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe ni bila odvzeta koncesija iz razlogov, opredeljenih v 44.j členu ZZDej;

9.6. odgovorni nosilec zdr. dejavnosti ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;

9.7. pri ponudniku ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil po 75. členu Zakona o javnem naročanju (ZNJ-3);

9.8. bo ponudnik v primeru podelitve koncesije prevzel vse opredeljene osebe dosedanjega izvajalca programa zdr. dejavnosti, če bodo to želele;

9.9. bo ponudnik 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 popoldan od 16. ure dalje.

Za namene tega javnega razpisa izrecno dovoljujem Občini Zagorje ob Savi da 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 in žig zakonitega zastopnika pravne osebe oz. samostojnega podjetnika) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **OBR 3** |

**IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU**

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

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika:

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe)** |  |
| **NASLOV** |  |
| **MATIČNA ŠTEVILKA** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

izjavljam, da v skladu s 3.a členom ZZDej :

* izpolnjujem pogoje za samostojno opravljanje dela,
* imam ustrezne delovne izkušnje na strokovnem področju, za katerega se izdaja dovoljenje oz. izpolnjujem pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe iz zakona, ki ureja zdravniško službo in imam ustrezne delovne izkušnje na strokovnem področju, za katerega se izdaja dovoljenje,
* nisem bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali nisem bil pravnomočnost obstojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti ali človekovo zdravje.

Občini Zagorje ob Savi izrecno dovoljujem, da v zvezi z navedbami v tej izjavi lahko opravi poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis odgovornega nosilca pri ponudniku) |

**OBR 4**

**IZJAVA O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI, IZKUŠNJAH IN REFERENCAH –**

**FIZIČNA OSEBA**

Spodaj podpisani:

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIIMEK IN IME** |  |
| **STALNO PREBIVALIŠČE** |  |
| **EMŠO** |  |

izjavljam, da so moje delovne izkušnje pri samostojnem opravljanju razpisane zdravstvene dejavnosti naslednje (upoštevajo leta samostojnega opravljanja zdravstvene dejavnosti od dneva opravljene specializacije iz pediatrije dalje):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Delodajalec | Datum pričetka izvajanja dela | Datum zaključka izvajanja dela |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Izjavljam, da imam naslednje reference - priporočila v povezavi s preteklim delom (opcijsko; največ 10):

K izjavi prilagam:

* kopijo licence za delo na področju pediatrije oz. drugo ustrezno dokazilo, ki izkazuje ustrezno usposobljenost za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju pediatrije,
* kopije dokazil o referencah.

Občini Zagorje ob Savi izrecno dovoljujem, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis ponudnika) |

**OBR 5**

**IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI, IZKUŠNJAH IN REFERENCAH**

Spodaj podpisani:

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

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe)** |  |
| **NASLOV** |  |
| **MATIČNA ŠTEVILKA** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

Izjavljam, da so moje delovne izkušnje pri samostojnem opravljanju razpisane zdravstvene dejavnosti naslednje (upoštevajo leta samostojnega opravljanja zdravstvene dejavnosti od dneva opravljene specializacije iz pediatrije dalje):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Delodajalec | Datum pričetka izvajanja dela | Datum zaključka izvajanja dela |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Izjavljam, da imam naslednje reference - priporočila v povezavi s preteklim delom (opcijsko; največ 10):

K izjavi prilagam:

* kopijo licence za delo na področju pediatrije oz. drugo ustrezno dokazilo, ki izkazuje ustrezno usposobljenost za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju pediatrije,
* kopije dokazil o referencah.

Občini Zagorje ob Savi izrecno dovoljujem, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis ponudnika oz. odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku, če je ta pravna oseba oz. samostojni podjetnik) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **OBR 6** |

**IZJAVA O OPRAVLJANJU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI**

**Spodaj podpisani**

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

**izjavljam,**

da bom (pravna oseba, samostojni podjetnik, zasebni zdravstveni delavec) v primeru dodelitve koncesije izvajal zdravstveno dejavnost po tem razpisu v

JZ Zdravstveni dom Zagorje ob Savi.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(podpis zasebnega zdravstvenega delavca)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis zakonitega zastopnika pravne osebe ali s.p. in žig)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **OBR 7** |

**IZJAVE PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB GLEDE NA POSTAVLJENA MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IZ TOČKE 10 JAVNEGA RAZPISA – FIZIČNA OSEBA**

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

(ime in priimek ponudnika)

Izjavljam:

10.3. *ugotovitev nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej pri ponudniku*

V zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej (ustrezno označiti):

* nimam negativnih referenc,
* imam negativne reference v zvezi z zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela (priloga: poročila o izvedenih nadzorih in izrečenih ukrepih).

10.4. *pričetek izvajanja koncesijske dejavnosti*

V primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu bom pričel izvajati koncesijsko dejavnost v \_\_\_\_\_\_\_\_ dneh po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje (pogodbo, sklenjeno z ZZZS in izjavo o datumu pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti bom predložil koncedentu do 14 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti).

Občini Zagorje ob Savi izrecno dovoljujem, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **OBR 8** |

**IZJAVE PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB GLEDE NA POSTAVLJENA MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IZ TOČKE 10 JAVNEGA RAZPISA - PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika:

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe)** |  |
| **NASLOV** |  |
| **MATIČNA ŠTEVILKA** |  |
| **DAVČNA ŠTEVILKA** |  |

Izjavljam:

10.3. *ugotovitev nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej pri ponudniku:*

V zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej (ustrezno označiti):

* nimam negativnih referenc,
* imam negativne reference v zvezi z zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela (priloga: poročila o izvedenih nadzorih in izrečenih ukrepih).

10.4. *pričetek izvajanja koncesijske dejavnosti*

V primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu bom pričel izvajati koncesijsko dejavnost v \_\_\_\_\_\_\_\_ dneh po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje (pogodbo, sklenjeno z ZZZS in izjavo o datumu pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti bom predložil koncedentu do 14 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti).

Občini Zagorje ob Savi izrecno dovoljujem, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis zakonitega zastopnika pravne osebe) oz. samostojnega podjetnika)  (žig – če ga ponudnik uporablja) | | |
|  | | **OBR 9** |

**IZJAVA PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB GLEDE NA ZAGOTAVLJANJE POPOLDANSKEGA ORDINACISJKEGA ČASA:**

Spodaj podpisani ponudnik kot zasebni zdravstveni delavec:

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

oziroma

ponudnik - pravna oseba (zanjo spodaj podpisani zakoniti zastopnik) oziroma spodaj podpisani ponudnik zase kot samostojni podjetnik:

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

Izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti v Občini Zagorje ob Savi izvajal zdr. dejavnost na področju pediatrije v okviru sledečega ordinacijskega časa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DAN** | **OD (URA)** | **DO (URA)** |
| Ponedeljek |  |  |
| Torek |  |  |
| Sreda |  |  |
| Četrtek |  |  |
| Petek |  |  |

Ordinacijski čas vključuje vsaj en dan v tednu popoldan (obvezen program), in sicer med 16.00 in 20.00 uro.

Točen urnik iz 8. člena vzorca koncesijske pogodbe iz tega javnega razpisa, skladen s to izjavo, bo/-m ponudnik predložil koncedentu v 3 dneh po prejemu odločbe o izbiri.

Kraj in datum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (žig – če ga koncesionar uporablja) |  | (lastnoročni podpis ponudnika: zasebnega zdravstvenega delavca oziroma zakonitega zastopnika pravne osebe oziroma  samostojnega podjetnika) |

|  |
| --- |
| **OBR 10** |

**Pošiljatelj:**

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **»Ne odpiraj – Ponudba za javni razpis za pediatrijo«**  **Št. zadeve: 014-0047/2024** | **OBČINA ZAGORJE OB SAVI**    **Cesta 9. avgusta 5**  **1410 Zagorje ob Savi** |