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



Urad za družbene dejavnosti

Titov trg 1

3320 Velenje

RAZPISNA DOKUMENTACIJA

**JAVNEGA RAZPISA**

**za podelitev nadomestne koncesije ob upokojitvi dosedanjega nosilca koncesije za opravljanje javne službe na področju osnovne zdravstvene dejavnosti v programu ambulante splošne oz. družinske medicine v Mestni občini Velenje**

Velenje, 23. 10. 2015

Številka: 414-06-0002/2015-590

**KAZALO**

[I. BESEDILO JAVNEGA RAZPISA 3](#_Toc428264531)

[II. NAVODILA ZA IZDELAVO VLOG, ROK ZA ODDAJO VLOG, DATUM ODPIRANJA VLOG TER OBRAVNAVA VLOG 6](#_Toc428264532)

[III. ZAHTEVANE SESTAVINE VLOGE 8](#_Toc428264533)

[3.1. DOKAZILA ZA IZPOLNJEVANJE ZAKONSKO PREDPISANIH IN DODATNIH POGOJEV 8](#_Toc428264534)

[3.2. DOKAZILA ZA VREDNOTENJE MERIL 10](#_Toc428264535)

[3.3. OBRAZCI 11](#_Toc428264536)

[3.3.1. SEZNAMI OBRAZCEV ZA VLAGATELJE FIZIČNE OSEBE IN ZA VLAGATELJE PRAVNE OSEBE 11](#_Toc428264537)

[3.3.2. OBRAZCI F (izpolnijo jih samo vlagatelji fizične osebe!) 12](#_Toc428264538)

OBRAZEC 1F (PRIJAVNI OBRAZEC)…………………………………………………………………12

OBRAZEC 2F (IZJAVA O DELOVNEM RAZMERJU)………………………………………………..13

OBRAZEC 3F (IZJAVA O ZAGOTAVLJANJU DOSTOPNOSTI DO POSLOVNIH PROSTOROV).14

OBRAZEC 4F (IZJAVA O PREVZEMU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB)……………….15

OBRAZEC 5F (IZJAVA O ORDINACIJSKEM ČASU)………………………………………………..16

OBRAZEC 6F (IZJAVA O PRIČETKU DELA)…...……………………………………………………17

OBRAZEC 7F (IZJAVA O DELOVNI DOBI)…………………………………………………………..18

OBRAZEC 8F (IZJAVA O ŠTEVILU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB)………………….19

OBRAZEC 9F (IZJAVA O UPRAVNEM ALI SODNEM POSTOPKU)……………………………….20

[3.3.3. OBRAZCI P (izpolnijo jih samo vlagatelji pravne osebe!) 21](#_Toc428264539)

OBRAZEC 1P (PRIJAVNI OBRAZEC)…………………………………………………………………21

OBRAZEC 2P (IZJAVA O DELOVNEM RAZMERJU)………………………………………………..22

OBRAZEC 3P (IZJAVA O ZAGOTAVLJANJU DOSTOPNOSTI DO POSLOVNIH PROSTOROV).23

OBRAZEC 4P (IZJAVA O PREVZEMU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB)……………….24

OBRAZEC 5P (IZJAVA O ORDINACIJSKEM ČASU)………………………………………………..25

OBRAZEC 6P (IZJAVA O PRIČETKU DELA)………………………………………………………...26

OBRAZEC 7P (IZJAVA O DELOVNI DOBI)…………………………………………………………..27

OBRAZEC 8P (IZJAVA O ŠTEVILU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB)………………….28

OBRAZEC 9P (IZJAVA O UPRAVNEM ALI SODNEM POSTOPKU)……………………………….29

[IV. VREDNOTENJE MERIL IN ŽREB (izpolni razpisna komisija!)](#_Toc428264540) 30

[4.1. VREDNOTENJE MERIL PRI RAZPISANI KONCESIJI Z OZNAKO 4.1.](#_Toc428264541) 30

[4.2. ŽREB](#_Toc428264542) 31

**V. VZOREC KONCESIJSKE** POGODBE………………………………………………………………**..31**

# I. BESEDILO JAVNEGA RAZPISA

*Mestna občina Velenje objavlja na podlagi prvega odstavka 42. 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 in 14/13; v nadaljevanju: ZZDej) in šeste točke 9. člena* *Statuta Mestne občine Velenje (Uradni vestnik MO Velenje, št. 15/06-UPB1, 26/07 in 18/08)*

**JAVNI RAZPIS ZA PODELITEV NADOMESTNE KONCESIJE OB UPOKOJITVI DOSEDANJEGA NOSILCA KONCESIJE ZA OPRAVLJANJE JAVNE SLUŽBE NA PODROČJU OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V PROGRAMU AMBULANTE SPLOŠNE OZ. DRUŽINSKE MEDICINE V MESTNI OBČINI VELENJE**

1. **KONCEDENT:**

Mestna občina Velenje (v nadaljevanju: MOV).

1. **JEZIK, V KATEREM MORA VLAGATELJ IZDELATI VLOGO:**

Vloga mora biti izdelana v slovenskem jeziku.

1. **PREDMET JAVNEGA RAZPISA:**

Predmet javnega razpisa je podelitev nadomestne koncesije za opravljanje javne službe na področju osnovne zdravstvene dejavnosti v MOV:

* 1 koncesija na področju splošne oz. družinske medicine v MOV.

1. **OZNAKA KONCESIJE, OBSEG RAZPISANEGA PROGRAMA KONCESIJE IN KRAJEVNO OBMOČJE, ZA KATEREGA SE RAZPISUJE KONCESIJA:**

**4.1.** 1,00 programa splošne oz. družinske medicine v MOV.

1. **ZAČETEK IN ČAS TRAJANJA KONCESIJE:**

Koncesijsko razmerje se sklepa s koncesijsko pogodbo za nedoločen čas. Koncesijska dejavnost se prične opravljati v najkrajšem možnem času, najkasneje pa v roku 2 mesecev od dneva sklenitve pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS), v nasprotnem primeru se koncesija odvzame z odločbo.

1. **POGOJI, KI JIH MORA VLAGATELJ IZPOLNJEVATI:**

Za izvajanje dejavnosti, ki so predmet javnega razpisa, mora vlagatelj do pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti, 1. 3. 2016, izpolniti zakonsko predpisane pogoje, ki jih določa 35. člen ZZDej in dodatne pogoje, ki jih določa koncedent.

Kot dokaz o izpolnjevanju zakonsko predpisanih in dodatnih pogojev mora vlagatelj v prijav na javni razpis priložiti ustrezna dokazila v originalu ali overjeni fotokopiji. Posameznega zahtevanega dokazila vlagatelj ne more nadomestiti z drugim dokazilom ali lastno nadomestno izjavo.

* 1. **Zakonsko predpisani in dodatni pogoji, če je vlagatelj fizična oseba:**
     1. da ima vlagatelj zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti. Po izobrazbi mora biti specialist družinske medicine ali specialist splošne medicine, ki ima veljavno licenco za opravljanje samostojnega dela;
     2. da ni v delovnem razmerju, oz. v kolikor je v delovnem razmerju, da bo le-to v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prekinil z dnem 29. 2. 2016 in začel opravljati koncesijsko dejavnost 1. 3. 2016;
     3. da mu ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oz. poklica;
     4. da ima zagotovljene poslovne prostore, ki so primerni za gibalno ovirane in jih bo do pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti, 1. 3. 2016, uredil v skladu z zahtevami narave dela (pridobi pozitivno mnenje Ministrstva za zdravje o ustreznosti prostorov in opreme);
     5. da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, v skladu s pogoji, ki so predpisani v razpisni dokumentaciji, prevzel/a vse tiste opredeljene zavarovane osebe dosedanjega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki bodo to želele;
     6. da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, opravljal koncesijsko dejavnost vsaj enkrat tedensko v popoldanskem času;
     7. da vlagatelj ni že izvajalec koncesijske dejavnosti v RS na področju zdravstvene dejavnosti, na katero kandidira na tem javnem razpisu;
     8. da se o isti upravni zadevi (podeljevanje koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva vlagatelja. Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi MOV ali pa sodni postopki v katerih MOV nastopa kot stranka oz. stranski udeleženec.
  2. **Zakonsko predpisani in dodatni pogoji, če je vlagatelj pravna oseba:**
     1. da ima predvideni nosilec koncesijske dejavnosti zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti. Po izobrazbi mora biti specialist družinske medicine ali specialist splošne medicine, ki ima veljavno licenco za opravljanje samostojnega dela;
     2. da predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebi ni v delovnem razmerju oz. v kolikor je v delovnem razmerju, da bo le to v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prekinil do 29. 2. 2016 in začel opravljati koncesijsko dejavnost 1. 3. 2016;
     3. da predvidenemu nosilcu koncesijske dejavnosti pri pravni osebi ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oz. poklica;
     4. da ima pravna oseba zagotovljene poslovne prostore, ki so ki so primerni za gibalno ovirane in jih bo do pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti, 1. 3. 2016, uredil v skladu z zahtevami narave dela (pridobi pozitivno mnenje Ministrstva za zdravje o ustreznosti prostorov in opreme);
     5. da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, v skladu s pogoji, ki so predpisani v razpisni dokumentaciji, prevzel/a vse tiste opredeljene zavarovane osebe dosedanjega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki bodo to želele;
     6. v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, bo predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebi opravljal koncesijsko dejavnost vsaj enkrat tedensko v popoldanskem času;
     7. da vlagatelj ni že izvajalec koncesijske dejavnosti v RS na področju zdravstvene dejavnosti, na katero kandidira na tem javnem razpisu;
     8. da predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebi ni že izvajalec koncesijske dejavnosti v RS na področju zdravstvene dejavnosti, na katero kandidira vlagatelj na tem razpisu;
     9. da se o isti upravni zadevi (podeljevanje koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva vlagatelja, zakonitega zastopnika pravne osebe ali predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi. Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi MOV ali pa sodni postopki v katerih MOV nastopa kot stranka oz. stranski udeleženec.

1. **MERILA ZA VREDNOTENJE VLOG PRI KONCESIJI Z OZNAKO 4.1.**

**(oznaka razpisane koncesije je navedena v 4. točki besedila javnega razpisa):**

**Vloge vlagateljev bodo ocenjene v skladu z naslednjimi merili:**

7.1. Pričetek z delom: največ 10 točk,

7.2. Strokovne izkušnje: največ 10 točk,

7.3. Število opredeljenih zavarovanih oseb pri nosilcu dejavnosti: največ 10 točk,

7.4. Ordinacijski čas: največ 10 točk.

1. **ŽREB:**

Če dosežeta dva ali več najbolje ocenjenih vlagateljev na podlagi postavljenih meril pri razpisani koncesiji enako število točk, se izvede žreb.

1. **NAVODILA ZA IZDELAVO VLOGE IN ZAHTEVANE SESTAVINE VLOGE SO PODANA V RAZPISNI DOKUMENTACIJI**
2. **ROK IZVEDBE:**

Vloge morajo biti oddane na naslov MESTNA OBČINA VELENJE, SPREJEMNA PISARNA, TITOV TRG 1, 3320 VELENJE (v nadaljevanju: Sprejemna pisarna MOV).

Šteje se, da je vloga za koncesijo št. 4.1. (oznaka razpisane koncesije je navedena v 4. točki besedila javnega razpisa), prispela pravočasno, če je bila oddana na pošti s priporočeno pošiljko najkasneje **do** **27. 11. 2015** **do 24.00** ali oddane neposredno v Sprejemni pisarni MOV **do 27. 11. 2015 v delovnem času** (ponedeljek in torek od 8.00 do 14.30, sredo od 8.00 do 17.00 in v petek od 8.00 do 13.00).

1. **OBRAVNAVA VLOG:**

Razpisna komisija, ki jo imenuje župan MOV, bo ocenjevala le pravočasne, pravilne in popolne vloge, ki ustrezajo dodatnim pravilom pri oddaji vloge (glej II. poglavje razpisne dokumentacije) ter posredovala predlog o izbiri pristojnemu upravnemu organu. Pri pridobitvi ustreznih mnenj in soglasij, ki jih določa ZZDej, bo koncesija podeljena z upravno odločbo. Prepozne, nepravilne, nepopolne vloge in vloge, ki ne ustrezajo dodatnim pravilom pri oddaji vloge ter tudi druge vloge vlagateljev, ki ne bodo izbrani, bo pristojni upravni organ zavrnil z upravno odločbo, ki jo bo posredoval vsem vlagateljem. Dopolnjevanje vlog ni možno.

V primeru, da razpisna komisija oceni, da nihče od vlagateljev ni primeren za podelitev koncesije

ali, da program za razpisno koncesijo ni na razpolago, se koncesija ne podeli.

1. **ODPIRANJE VLOG:**

Odpiranje vlog za koncesijo št. 4.1 (oznaka razpisane koncesije je navedena v 4. točki besedila javnega razpisa) **bo 2. 12. 2015 ob 13.00** v prostorih MOV, Titov trg 1, Velenje, v sejni sobi št. 405 (IV. nadstropje). Odpiranje vlog za izbor koncesionarja je javno.

1. **RAZPISNA DOKUMENTACIJA:**

Razpisna dokumentacija je dosegljiva:

* **na spletni strani MOV** <http://www.velenje.si> (Za občane – Javne objave in razpisi) in
* **v Sprejemni pisarni MOV** (kletni prostori, soba št. 11), Titov trg 1, Velenje:

⦁ ponedeljek in torek od 8.00 do 14.30, sredo od 8.00 do 17.00 in

⦁ v petek od 8.00 do 13.00.

1. **INFORMACIJE IN POJASNILA:**

Dodatna pojasnila lahko zahtevajo vlagatelji v pisni obliki, po telefonu in po elektronski pošti do vključno pet dni pred potekom roka za oddajo vloge. Vlagatelji lahko dobijo dodatne informacije pri Ines Gričar Ločnikar, po telefonu številka 03/8961741 ali elektronski pošti [ines.gricar.locnikar@velenje.si](mailto:ines.gricar.locnikar@velenje.si).

**Bojan KONTIČ,**

**župan Mestne občine Velenje**

# II. NAVODILA ZA IZDELAVO VLOG, ROK ZA ODDAJO VLOG, DATUM ODPIRANJA VLOG TER OBRAVNAVA VLOG

1. **PRAVOČASNOST, PRAVILNOST IN POPOLNOST VLOGE TER DODATNA PRAVILA PRI ODDAJI VLOGE**
   1. **PRAVOČASNOST VLOGE:**

* Pravočasna je tista vloga, ki je bila oddana na pošti s priporočeno pošiljko v zaprti ovojnici na naslov MESTNA OBČINA VELENJE, SPREJEMNA PISARNA, TITOV TRG 1, 3320 VELENJE, do datuma, določenega v besedilu javnega razpisa (glej I. poglavje razpisne dokumentacije) ali oddana neposredno v Sprejemni pisarni MOV do datuma, določenega v besedilu javnega razpisa (glej I. poglavje razpisne dokumentacije).
  1. **PRAVILNOST VLOGE:**
* Pravilna je tista vloga, ki je oddana na pošti s priporočeno pošiljko ali oddana neposredno v Sprejemni pisarni MOV, izključno v pravilno opremljeni in označeni zaprti ovojnici.
* Pravilno opremljena je tista vloga, ki ima naveden:

⦁ na prednji strani ovojnice naslov prejemnika: vloga, ki je bila oddana na pošti s priporočeno pošiljko v zaprti ovojnici na naslov »MESTNA OBČINA VELENJE, SPREJEMNA PISARNA, TITOV TRG 1, 3320 VELENJE« ter vidno označbo »NE ODPIRAJ - PRIJAVA NA JAVNI RAZPIS: OZNAKA IN PREDMET KONCESIJE« in

⦁ na hrbtni strani ovojnice naziv in točen naslov vlagatelja.

Vzorec prednje strani ovojnice:

NE ODPIRAJ – PRIJAVA NA JAVNI RAZPIS ZA PODELITEV NADOMESTNE KONCESIJE:

4.1. – SPLOŠNA OZ. DRUŽINSKA MEDICINA

MESTNA OBČINA VELENJE

Sprejemna pisarna

Titov trg 1

3320 VELENJE

Vzorec hrbtne strani ovojnice:

VLAGATELJ

(polni naziv in naslov):

* 1. **POPOLNOST VLOGE:**
* popolna je tista vloga, ki vsebuje vse zahtevane sestavine vloge (III. poglavje razpisne dokumentacije) in katere vlagatelj izpolnjuje vse pogoje in navodila, opredeljena s tem razpisom.
  1. **DODATNA PRAVILA PRI ODDAJI VLOGE:**
* Vloga mora biti ročno izpolnjena v slovenskem jeziku z velikimi tiskanimi črkami in podpisana s strani vlagatelja. V kolikor je vlagatelj pravna oseba, je potreben podpis njenega zakonitega zastopnika, podpis predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi ter žig pravne osebe;
* Vlagatelj mora lastoročno oštevilčiti in parafirati vsako stran vloge v desnem spodnjem kotu;
* V vsaki poslani pošiljki z oznako »NE ODPIRAJ – PRIJAVA NA JAVNI RAZPIS: OZNAKA IN PREDMET KONCESIJE« je lahko samo ena vloga, v kateri lahko vlagatelj kandidira le z enim poslovnim prostorom,
* Vsak vlagatelj lahko pošlje le eno pošiljko;
* Vsak vlagatelj, ki je pravna oseba, lahko kandidira le z enim predvidenim nosilcem koncesijske dejavnosti in
* Vsak posameznik lahko v kontekstu celotnega javnega razpisa nastopi samo enkrat in sicer (ostale kombinacije niso možne):

⦁ samo kot fizična oseba ali

⦁ samo kot zakoniti zastopnik pravne osebe ali

⦁ samo kot predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebi ali

⦁ kot zakoniti zastopnik pravne osebe in istočasno tudi predvideni nosilec koncesijske

dejavnosti pri pravni osebi.

1. **ROK ZA ODDAJO VLOG:**

Vloge morajo biti oddane na naslov MESTNA OBČINA VELENJE, SPREJEMNA PISARNA, TITOV TRG 1, 3320 VELENJE (v nadaljevanju: Sprejemna pisarna MOV).

Šteje se, da je vloga za koncesijo št. 4.1. (oznaka razpisane koncesije je navedena v 4. točki besedila javnega razpisa), prispela pravočasno, če je bila oddana na pošti s priporočeno pošiljko najkasneje do **27. 11. 2015 do 24.00** ali oddane neposredno v Sprejemni pisarni MOV do **27. 11. 2015 v delovnem času** (ponedeljek in torek od 8.00 do 14.30, sredo od 8.00 do 17.00 in v petek od 8.00 do 13.00).

1. **DATUM ODPIRANJA VLOG:**

Odpiranje vlog za koncesijo št. 4.1 (oznaka razpisane koncesije je navedena v 4. točki besedila javnega razpisa) bo **2. 12. 2015 ob 13.00** v prostorih MOV, Titov trg 1, Velenje, v sejni sobi št. 405 (IV. nadstropje). Odpiranje vlog za izbor koncesionarja je javno.

1. **OBRAVNAVA VLOG:**

Razpisna komisija, ki jo imenuje župan MOV, bo ocenjevala le pravočasne, pravilne in popolne vloge, ki ustrezajo dodatnim pravilom pri oddaji vloge (glej II. poglavje razpisne dokumentacije) ter posredovala predlog o izbiri pristojnemu upravnemu organu. Pri pridobitvi ustreznih mnenj in soglasij, ki jih določa ZZDej, bo koncesija podeljena z upravno odločbo. Prepozne, nepravilne, nepopolne vloge in vloge, ki ne ustrezajo dodatnim pravilom pri oddaji vloge ter tudi druge vloge vlagateljev, ki ne bodo izbrani, bo pristojni upravni organ zavrnil z upravno odločbo, ki jo bo posredoval vsem vlagateljem. Dopolnjevanje vlog ni možno. V primeru, da razpisna komisija oceni, da nihče od vlagateljev ni primeren za podelitev koncesije ali, da program za razpisno koncesijo ni na razpolago, se koncesija ne podeli.

1. **RAZPISNA DOKUMENTACIJA:**

Razpisna dokumentacija je dosegljiva:

- na spletni strani MOV http://www.velenje.si (Za občane – Javne objave in razpisi) in

- v Sprejemni pisarni MOV (kletni prostori, soba št. 11), Titov trg 1, Velenje:

⦁ ponedeljek in torek od 8.00 do 14.30, sredo od 8.00 do 17.00 in

⦁ v petek od 8.00 do 13.00).

*Opomba: uporabljeni izrazi, zapisani v moški spolni slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.*

# III. ZAHTEVANE SESTAVINE VLOGE

Razpisna komisija si pridržuje pravico do preverjanja resničnosti in verodostojnosti navedb, izpolnjevanja zakonsko predpisanih in dodatnih pogojev ter preverjanja vseh podatkov, ki so sestavni del vloge za podelitev koncesije. V kolikor ugotovi, da navedbe niso resnične in verodostojne, se vloga zavrne.

## 3.1. DOKAZILA ZA IZPOLNJEVANJE ZAKONSKO PREDPISANIH IN DODATNIH POGOJEV

Za izpolnjevanje zakonsko predpisanih (35. člen ZZDeja) in dodatnih pogojev javnega razpisa mora vlagatelj priložiti spodaj navedena ustrezna dokazila v originalu ali overjeni fotokopiji. Posameznega zahtevanega dokazila vlagatelj ne more nadomestiti z drugim dokazilom ali lastno nadomestno izjavo.

A: DOKAZILA, KI JIH JE POTREBNO PRILOŽITI, ČE JE VLAGATELJ FIZIČNA OSEBA:

**1. da ima zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti in je usposobljen za samostojno delo:**

- veljavna licenca vlagatelja za področje družinske ali splošne medicine.

**2. da ni v delovnem razmerju, oz. v kolikor je v delovnem razmerju, bo le-to v primeru podelitve koncesije iz tega javnega razpisa prekinil in začel opravljati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo o podelitvi koncesije in koncesijsko pogodbo:**

- v primeru, da vlagatelj že ima status zasebnega zdravnika:

⦁ veljavna odločba o registraciji zasebnega zdravnika, ki ni starejša od 3 mesecev in jo je izdala Zdravniška zbornica Slovenije – če je starejša od 3 mesecev, mora biti priloženo potrdilo Zdravniške zbornice Slovenije, da je izdana odločba še vedno veljavna in

- v primeru, da vlagatelj še nima statusa zasebnega zdravnika:

⦁ izjava vlagatelja (obrazec 2F).

**3. da mu ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oz. poklica:**

- potrdilo Ministrstva za pravosodje in javno upravo RS, ki ni starejše od 3 mesecev, da vlagatelj ni bil obsojen za kazniva dejanja.

**4. da ima zagotovljene ustrezne prostore na razpisanem krajevnem območju:**

**-** dokazilo o lastništvu prostorov na razpisanem krajevnem območju – zemljiškoknjižni izpisek ali kupoprodajna pogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) ali

- veljavna pogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) o najemu oz. uporabi prostorov na razpisanem krajevnem območju (lastništvo mora biti dokazano – glej prvo alinejo te točke) ali

- veljavna predpogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) o najemu oz. nakupu prostorov na razpisanem krajevnem območju (lastništvo mora biti dokazano – glej prvo alinejo te točke).

**5. da je zagotovljena dostopnost do prostorov za ljudi z različnimi oblikami oviranosti:**

**-** da ima zagotovljene prostore, ki so primerni za gibalno ovirane in jih bo do pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti, uredil v skladu z zahtevami narave dela,

- izjava vlagatelja (obrazec 3F).

**6. da prevzame vse tiste opredeljene zavarovane osebe dosedanjega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki bodo to želele:**

- izjava vlagatelja (obrazec 4F).

**7. ordinacijski čas:**

- izjava vlagatelja (obrazec 5F).

**8. pričetek dela:**

- izjava vlagatelja (obrazec 6F).

**9. da se o isti upravni zadevi (podeljevanje koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva vlagatelja. Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi MOV ali pa sodni postopki v katerih MOV nastopa kot stranka oz. stranski udeleženec.**

- izjava (obrazec 9F).

B: DOKAZILA, KI JIH JE POTREBNO PRILOŽITI, ČE JE VLAGATELJ PRAVNA OSEBA:

**1. da ima predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebi zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti in je usposobljen za samostojno delo:**

- veljavna licenca predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi za področje družinske ali splošne medicine.

**2. da predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebi ni v delovnem razmerju, oz. v kolikor je v delovnem razmerju, bo le-to v primeru podelitve koncesije iz tega javnega razpisa prekinil in začel opravljati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo o podelitvi koncesije in koncesijsko pogodbo:**

- izjava (obrazec 2P).

**3. da predvidenemu nosilcu koncesijske dejavnosti pri pravni osebi ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oz. poklica:**

- potrdilo Ministrstva za pravosodje in javno upravo RS, ki ni starejše od 3 mesecev, da predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebini bil obsojen za kazniva dejanja.

**4. da ima pravna oseba zagotovljene ustrezne prostore na razpisanem krajevnem območju:**

**-** dokazilo o lastništvu prostorov na razpisanem krajevnem območju – zemljiškoknjižni izpisek ali kupoprodajna pogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) ali

- veljavna pogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) o najemu oz. uporabi prostorov na razpisanem krajevnem območju (lastništvo mora biti dokazano – glej prvo alinejo te točke) ali

- veljavna predpogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) o najemu oz. nakupu prostorov na razpisanem krajevnem območju (lastništvo mora biti dokazano – glej prvo alinejo te točke).

**5. da mora biti pravna oseba registrirana za opravljanje splošne zunaj bolnišnične zdravstvene dejavnosti (šifra 86.210) in specialistične zunaj bolnišnične zdravstvene dejavnosti (šifra 86.220) -** pravna oseba mora pridobiti tudi vsa potrebna dovoljenja s strani Ministrstva za zdravje za opravljanje koncesijske dejavnosti najkasneje do 29. 2. 2016 oziroma še pred pričetkom opravljanja dejavnosti

**6. da je zagotovljena dostopnost do prostorov za ljudi z različnimi oblikami oviranosti:**

**-** da ima zagotovljene prostore, ki so primerni za gibalno ovirane in jih bo do pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti, uredil v skladu z zahtevami narave dela,

- izjava vlagatelja (obrazec 3P).

**7. da predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebi prevzame vse tiste opredeljene zavarovane osebe dosedanjega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki bodo to želele:**

- izjava vlagatelja (obrazec 4P).

**8. ordinacijski čas:**

- izjava vlagatelja (obrazec 5P).

**9. pričetek dela:**

- izjava vlagatelja (obrazec 6P).

**10. da se o isti upravni zadevi (podeljevanje koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva vlagatelja, zakonitega zastopnika pravne osebe ali predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi. Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi MOV ali pa sodni postopki v katerih MOV nastopa kot stranka oz. stranski udeleženec.**

- izjava (obrazec 9P).

## 3.2. DOKAZILA ZA VREDNOTENJE MERIL

Za vrednotenje meril mora vlagatelj priložiti spodaj navedena ustrezna dokazila v originalu ali overjeni fotokopiji (z izjemo delovne knjižice, ki je lahko priložena izključno le kot overjena fotokopija). Posameznega zahtevanega dokazila vlagatelj ne more nadomestiti z drugim dokazilom ali lastno nadomestno izjavo.

DOKAZILA ZA VREDNOTENJE MERIL, KI JIH JE POTREBNO PRILOŽITI PRI RAZPISANI KONCESIJI 4.1.(oznake razpisanih koncesij so navedene v 4. točki I. poglavja razpisane dokumentacije):

**1. Pričetek z delom:**

- prijavni obrazec (obrazec 6F oz. 6P);

**2. Strokovne izkušnje:**

- izjava (obrazec 7F oz. 7P);

- delovna knjižica (izključno le overjena fotokopija), ki velja za obdobja zavarovanja v RS do 1. 1.

2009 in

- izpis iz Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) o obdobjih zavarovanja

v RS po 1. 1. 2009 (original ali overjena fotokopija);

**3. Število opredeljenih zavarovanih oseb pri nosilcu dejavnosti:**

- izjava (obrazec 8F oz. 8P) in

- potrdilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) o številu opredeljenih zavarovanih

oseb na dan 23. 10. 2015;

**4. Ordinacijski čas:**

- prijavni obrazec (obrazec 5F in 6F).

## 3.3. OBRAZCI

### 3.3.1. SEZNAMI OBRAZCEV ZA VLAGATELJE FIZIČNE OSEBE IN ZA VLAGATELJE PRAVNE OSEBE

A. SEZNAMI OBRAZCEV ZA VLAGATELJE FIZIČNE OSEBE

Če je vlagatelj **fizična oseba**,mora vlogi priložiti naslednje ustrezno izpolnjene obrazce:

* 1F
* 2F
* 3F
* 4F
* 5F (ta obrazec vključuje tudi Tabelo 1F)
* 6F
* 7F
* 8F
* 9F

B. SEZNAMI OBRAZCEV ZA VLAGATELJE PRAVNE OSEBE

Če je vlagatelj **pravna** **oseba**,mora vlogi priložiti naslednje ustrezno izpolnjene obrazce:

* 1P
* 2P
* 3P
* 4P
* 5P (ta obrazec vključuje tudi Tabelo 1P)
* 6P
* 7P
* 8P
* 9P

**\*** VZOREC KONCESIJSKE POGODBE

Vlagatelj mora vlogi priložiti izpolnjen in na vseh straneh parafiran vzorec koncesijske pogodbe (poglavje V.)

### **3.3.2. OBRAZCI F** (izpolnijo jih samo vlagatelji fizične osebe!)

***OBRAZEC 1F***

#### PRIJAVNI OBRAZEC

Spodaj podpisani vlagatelj

|  |  |
| --- | --- |
| **IME IN PRIIMEK** |  |
| **IZOBRAZBA** |  |
| **DATUM ROJSTVA** |  |
| **STALNI NASLOV** |  |
| **DAVČNA ŠT.** |  |
| **ŠT. MOBILNEGA TELEFONA**  (neobvezno) |  |
| **NASLOV ELEKTRONSKE POŠTE** (neobvezno) |  |

v okviru javnega razpisa kandidiram na razpisano koncesijo (glej 4. točko I. poglavja razpisne dokumentacije) z oznako:

⭢Obkrožite oznako koncesije!

**4.1.**

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 moji podatki v tej vlogi za podelitev koncesije resnični in verodostojni ter dovoljujem, da se vse podatke, ki zadevajo vlogo za podelitev koncesije, lahko preverja.

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

(podpis vlagatelja)

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

***OBRAZEC 2F***

#### IZJAVA O DELOVNEM RAZMERJU

*Izpolnijo samo tisti vlagatelji, ki v času prijave nimajo statusa zasebnega zdravnika!*

1. **Izpolnijo samo tisti vlagatelji, ki niso nikjer v delovnem razmerju:**

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da nisem nikjer v delovnem razmerju.

**b.) Izpolnijo samo tisti vlagatelji, ki so v delovnem razmerju:**

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, prekinil/a sedanje delovno razmerje v \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(naziv in sedež sedanjega delodajalca vlagatelja) in začel/a opravljati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo in koncesijsko pogodbo.

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

(podpis vlagatelja)

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

***OBRAZEC 3F***

#### IZJAVA O ZAGOTAVLJANJU DOSTOPNOSTI DO POSLOVNIH PROSTOROV ZA LJUDI Z RAZLIČNIMI OBLIKAMI OVIRANOSTI

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da je do poslovnega prostora na lokaciji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naslov ordinacije s katero se prijavljam na ta javni razpis) zagotovljena dostopnost za ljudi z različnimi oblikami oviranosti:

* **vhod v objekt** – ustrezna klančina in
* **funkcionalnost notranjih prostorov** – prostor je v pritličju oz. v kolikor ni, je v objektu zagotovljeno dvigalo.

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

(podpis vlagatelja)

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

***OBRAZEC 4F***

#### IZJAVA O PREVZEMU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, v skladu s pogoji, ki so predpisani v razpisni dokumentaciji, prevzel/a vse tiste opredeljene zavarovane osebe dosedanjega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki bodo to želele.

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

(podpis vlagatelja)

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

***OBRAZEC 5F***

#### IZJAVA O ORDINACIJSKEM ČASU

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, opravljal koncesijsko dejavnost v okviru spodaj navedenega ordinacijskega časa:

**Tabela 1F**

Izpolnijo jo vsi vlagatelji, ki se prijavljajo na razpisano koncesijo z oznako **4.1.** (oznake razpisanih koncesij so navedene v 4. točki I. poglavja razpisne dokumentacije).

V spodnjo tabelo je potrebno vnesti efektivni ordinacijski čas, ki znaša skupno **32,5 ur** na teden (poslovni čas 40 ur na teden). Ordinacijski čas naj bo organiziran tako, da bo le-ta obsegal najmanj 4 (štiri) dni v tednu in bo vsaj 1 (en) dan v tednu popoldan.

*Tabela 1F*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SKUPNO EFEKTIVNIH ORDINACIJSKIH UR NA DAN, V RAZPONU OD DO** |
| **PONEDELJEK** |  |
| **TOREK** |  |
| **SREDA** |  |
| **ČETRTEK** |  |
| **PETEK** |  |

Brez predhodnega dovoljenja MOV zgoraj navedenega ordinacijskega časa, v času trajanja koncesijske pogodbe, ne bom spreminjal/a.

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

(podpis vlagatelja)

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

***OBRAZEC 6F***

#### IZJAVA O PRIČETKU DELA

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu v roku \_\_\_\_\_\_\_\_\_dni po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) začel/a opravljati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo o podelitvi koncesije in koncesijsko pogodbo ter bom o datumu začetka opravljanja koncesijske dejavnosti koncedenta pisno obvestil/a.

*\*Pri izpolnjevanju tega obrazca bodite pozorni na to, da je eden od pogojev na tem razpisu ta, da se koncesijsko dejavnost prične opravljati* ***najkasneje v roku 2 mesecev od dneva sklenitve pogodbe z ZZZS.***

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

(podpis vlagatelja)

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

***OBRAZEC 7F***

#### IZJAVA O DELOVNI DOBI NA PODROČJU ZDRAVNIŠKE DEJAVNOSTI

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da moja dosedanja delovna doba na področju zdravniške dejavnosti na dan 23. 10. 2015 znaša \_\_\_\_\_\_ let, \_\_\_\_\_\_ mesecev in \_\_\_\_\_ dni.

**Pri navajanju delovne dobe se upošteva le delovno mesto zdravnika specialista splošne ali družinske medicine.**

Izjavi prilagam tudi naslednji obvezni sestavini vloge:

* **delovno knjižico** (izključno le overjena fotokopija), ki velja za obdobje zavarovanja v RS do 1. 1. 2009 in
* **izpis Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ)** o obdobjih zavarovanja v RS po 1. 1. 2009 (original ali overjena fotokopija).

*\*Overjeno kopijo delovne knjižice je dolžan priložiti tisti vlagatelj, ki je delovno knjižico v preteklosti imel.*

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

(podpis vlagatelja)

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

***OBRAZEC 8F***

#### IZJAVA O ŠTEVILU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da sem imel/a na dan 23. 10. 2015 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (število) opredeljenih zavarovanih oseb.

Izjavi prilagam obvezno potrdilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) o številu opredeljenih zavarovanih oseb na dan 23. 10. 2015.

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

(podpis vlagatelja)

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

***OBRAZEC 9F***

#### IZJAVA O UPRAVNEM ALI SODNEM POSTOPKU

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime vlagatelja) izjavljam, da se o isti upravni zadevi (podeljevanje koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva vlagatelja. **Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi MOV ali pa sodni postopki v katerih MOV nastopa kot stranka oz. stranski udeleženec.**

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

(podpis vlagatelja)

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

### 3.3.3. OBRAZCI P (izpolnijo jih samo vlagatelji pravne osebe!)

***OBRAZEC 1P***

#### PRIJAVNI OBRAZEC

Spodaj podpisani (podatki zakonitega zastopnika pravne osebe)

|  |  |
| --- | --- |
| **IME IN PRIIMEK** |  |
| **DATUM ROJSTVA** |  |
| **STALNI NASLOV** |  |
| **ŠT. MOBILNEGA TELEFONA**  **(neobvezno)** |  |
| **NASLOV ELEKTRONSKE POŠTE (neobvezno)** |  |

S pravno osebo

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV PRAVNE OSEBE** |  |
| **SEDEŽ PRAVNE OSEBE** |  |
| **MATIČNA ŠT. PRAVNE OSEBE** |  |
| **DAVČNA ŠT. PRAVNE OSEBE** |  |
| **TEL. ŠT. PRAVNE OSEBE**  **(neobvezno)** |  |
| **ŠT. FAXA PRAVNE OSEBE (neobvezno)** |  |
| **NASLOV ELEKTRONSKE POŠTE (neobvezno)** |  |

In podpisanim predvidenim nosilcem koncesijske dejavnosti

|  |  |
| --- | --- |
| **IME IN PRIIMEK** |  |
| **DATUM ROJSTVA** |  |
| **STALNI NASLOV** |  |
| **ŠT. MOBILNEGA TELEFONA**  **(neobvezno)** |  |
| **NASLOV ELEKTRONSKE POŠTE (neobvezno)** |  |

v okviru javnega razpisa kandidiram na razpisano koncesijo (glej 4. točko I. poglavja razpisne dokumentacije) z oznako:

⭢Obkrožite oznako koncesije!

**4.1.**

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 moji podatki v tej vlogi za podelitev koncesije resnični in verodostojni ter dovoljujem, da se vse podatke, ki zadevajo vlogo za podelitev koncesije, lahko preverja.

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

(žig pravne osebe in podpis njenega zakonitega zastopnika)

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

(podpis predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

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

***OBRAZEC 2P***

#### IZJAVA O DELOVNEM RAZMERJU

**a.) Izpolnijo samo tisti predvideni nosilci koncesijske dejavnosti pri pravni osebi, ki niso nikjer v delovnem razmerju:**

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi) izjavljam, da nisem nikjer v delovnem razmerju.

**b.) Izpolnijo samo tisti predvideni nosilci koncesijske dejavnosti pri pravni osebi, ki so v delovnem razmerju, vendar ne pri vlagatelju:**

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, vlagatelju \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv vlagatelja) prekinil/a delovno razmerje v \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv in sedež sedanjega delodajalca vlagatelja) in začel/a opravljati koncesijsko dejavnost pri vlagatelju \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv vlagatelja) v skladu z odločbo o podelitvi koncesije in koncesijsko pogodbo.

**c.) Izpolnijo samo tisti predvideni nosilci koncesijske dejavnosti pri pravni osebi, ki so v delovnem razmerju pri vlagatelju:**

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, vlagatelju \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv vlagatelja oz. sedanjega delodajalca) začel pri njem opravljati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo o podelitvi koncesije in koncesijsko pogodbo.

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

(žig pravne osebe in podpis njenega zakonitega zastopnika)

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

(podpis predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

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

***OBRAZEC 3P***

#### IZJAVA O ZAGOTAVLJANJU DOSTOPNOSTI DO POSLOVNIH PROSTOROV ZA LJUDI Z RAZLIČNIMI OBLIKAMI OVIRANOSTI

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika pravne osebe) izjavljam, da je do poslovnega prostora na lokaciji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naslov ordinacije s katero se prijavljam na ta javni razpis) zagotovljena dostopnost za ljudi z različnimi oblikami oviranosti:

* **vhod v objekt** – ustrezna klančina in
* **funkcionalnost notranjih prostorov** – prostor je v pritličju oz. v kolikor ni, je v objektu zagotovljeno dvigalo.

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

(žig pravne osebe in podpis njenega zakonitega zastopnika)

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

***OBRAZEC 4P***

#### IZJAVA O PREVZEMU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(priimek in ime predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu vlagatelju \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv vlagatelja) v skladu s pogoji, ki so predpisani v razpisni dokumentaciji, prevzel/a vse tiste opredeljene zavarovane osebe dosedanjega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki bodo to želele.

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

(podpis predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

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

***OBRAZEC 5P***

#### IZJAVA O ORDINACIJSKEM ČASU

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu vlagatelju \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv vlagatelja), opravljal koncesijsko dejavnost v okviru spodaj navedenega ordinacijskega časa:

**Tabela 1P**

Izpolnijo jo vsi vlagatelji, ki se prijavljajo na razpisano koncesijo z oznako **4.1.** (oznake razpisanih koncesij so navedene v 4. točki I. poglavja razpisne dokumentacije).

V spodnjo tabelo je potrebno vnesti efektivni ordinacijski čas, ki znaša skupno **32,5 ur** na teden (poslovni čas 40 ur na teden). Ordinacijski čas naj bo organiziran tako, da bo le-ta obsegal najmanj 4 (štiri) dni v tednu in bo vsaj 1 (en) dan v tednu popoldan.

*Tabela 1P:*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SKUPNO EFEKTIVNIH ORDINACIJSKIH UR NA DAN, V RAZPONU OD DO** |
| **PONEDELJEK** |  |
| **TOREK** |  |
| **SREDA** |  |
| **ČETRTEK** |  |
| **PETEK** |  |

Brez predhodnega dovoljenja MOV zgoraj navedenega ordinacijskega časa, v času trajanja koncesijske pogodbe, ne bom spreminjal/a.

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

(podpis predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

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

***OBRAZEC 6P***

#### IZJAVA O PRIČETKU DELA

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika pravne osebe) izjavljam, da bo vlagatelj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv vlagatelja) v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu v roku \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dni po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) začel/a izvajati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo o podelitvi koncesije in koncesijsko pogodbo. O datumu začetka izvajanja koncesijske dejavnosti bom koncedenta pisno obvestil/a.

*\*Pri izpolnjevanju tega obrazca bodite pozorni na to, da je eden od pogojev na tem razpisu ta, da se koncesijsko dejavnost prične opravljati* ***najkasneje v roku 2 mesecev od dneva sklenitve pogodbe z ZZZS.***

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

(žig pravne osebe in podpis njenega zakonitega zastopnika)

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

***OBRAZEC 7P***

#### IZJAVA O DELOVNI DOBI NA PODROČJU ZDRAVNIŠKE DEJAVNOSTI

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi) izjavljam, da moja dosedanja delovna doba na področju zdravniške dejavnosti na dan 23. 10. 2015 znaša \_\_\_\_\_\_ let, \_\_\_\_\_\_ mesecev in \_\_\_\_\_ dni.

**Pri navajanju delovne dobe se upošteva le delovno mesto zdravnika specialista splošne ali družinske medicine.**

Izjavi prilagam tudi naslednji obvezni sestavini vloge:

* **delovno knjižico** (izključno le overjena fotokopija), ki velja za obdobje zavarovanja v RS do 1. 1. 2009 in
* **izpis Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ)** o obdobjih zavarovanja v RS po 1. 1. 2009 (original ali overjena fotokopija).

*\*Overjeno kopijo delovne knjižice je dolžan priložiti tisti predvideni nosilec koncesijske dejavnosti pri pravni osebi, ki je delovno knjižico v preteklosti imel..*

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

(podpis predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

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

***OBRAZEC 8P***

#### IZJAVA O ŠTEVILU OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi) izjavljam, da sem imel/a na dan 23. 10. 2015 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (število) opredeljenih zavarovanih oseb.

Izjavi prilagam **obvezno potrdilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)** o številu opredeljenih zavarovanih oseb na dan 23. 10. 2015.

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

(podpis predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

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

***OBRAZEC 9P***

#### IZJAVA O UPRAVNEM ALI SODNEM POSTOPKU

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika pravne osebe) in spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(priimek in ime predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi) izjavljam/va, da se o isti upravni zadevi (podeljevanje koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva vlagatelja, zakonitega zastopnika pravne osebe ali predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi. **Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi MOV ali pa sodni postopki v katerih MOV nastopa kot stranka oz. stranski udeleženec.**

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

(žig pravne osebe in podpis njenega zakonitega zastopnika)

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

(podpis predvidenega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

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

**IV. VREDNOTENJE MERIL IN ŽREB (izpolni razpisna komisija!)**

**4.1. VREDNOTENJE MERIL PRI RAZPISANI KONCESIJI Z OZNAKO 4.1.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MERILO** | **MAX. MOŽNE TOČKE** | **DOSEŽENO ŠT. TOČK** |
| 1. | Pričetek z delom | največ 10 točk |  |
| 2. | Strokovne izkušnje | največ 10 točk |  |
| 3. | Število opredeljenih zavarovanih oseb pri nosilcu dejavnosti | največ 10 točk |  |
| 4. | Ordinacijski čas | največ 10 točk |  |
|  | **SKUPAJ** | **največ 40 točk** |  |

**1. PRIČETEK Z DELOM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PRIČETEK Z DELOM** | **ŠT. TOČK** |
| 1. | Od 0 do 15 dni po pričetku veljavnosti pogodbe z ZZZS | 10 točk |
| 2. | Od 16 do 40 dni po pričetku veljavnosti pogodbe z ZZZS | 8 točk |
| 3. | Več kot 40 dni po pričetku veljavnosti pogodbe z ZZZS | 0 točk |
|  |  |  |

**2. STROKOVNE IZKUŠNJE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **STROKOVNE IZKUŠNJE** | **ŠT. TOČK** |
| 1. | Do dopolnjenih 10 let delovne dobe od dneva opravljene specializacije | 10 točk |
| 2. | Nad dopolnjenih 10 let delovne dobe in več od dneva opravljanja specializacije | 5 točk |

**3. ŠTEVILO OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB PRI NOSILCU DEJAVNOSTI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ŠTEVILO OPREDELJENIH ZAVAROVANIH OSEB** | **ŠT. TOČK** |
| 1. | Od 0 do vključno 250 | 10 točk |
| 2. | Od 251 do vključno 500 | 8 točk |
| 3. | Od 501 do vključno 750 | 5 točk |
| 4. | Več kot 750 | 0 točk |

**4. ORDINACIJSKI ČAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ORDINACIJSKI ČAS** | **ŠT. TOČK** |
| 1. | En krat tedensko popoldan | 5 točk |
| 2. | Dva krat tedensko popoldan | 10 točk |

**4.2. ŽREB**

Če dosežeta dva ali več najbolje ocenjenih vlagateljev na podlagi postavljenih meril pri razpisani koncesiji enako število točk, se izvede žreb.

**V. VZOREC KONCESIJSKE POGODBE**

**MESTNA OBČINA VELENJE, Titov trg 1, Velenje,**

**ki jo zastopa župan Bojan KONTIČ**

ID za DDV: SI49082884

Matična št.: 5884268

(v nadaljevanju: koncedent)

**in**

**………………………………………………………………………..,**

**ki ga/jo zastopa ……………………………………………………..,**

ID za DDV: …..………………….…………………………………..

Matična št.: …………………………………………………………..

(v nadaljnjem besedilu: koncesionar)

skleneta naslednjo

**POGODBO O KONCESIJI št. …………..……**

**za opravljanje javne službe na področju osnovne zdravstvene dejavnosti v programu ambulante splošne oz. družinske medicine v Mestni občini Velenje**

1. **Splošne določbe**
2. **člen**

S to pogodbo se urejajo razmerja v zvezi z opravljanjem javne zdravstvene službe na področju osnovne zdravstvene dejavnosti med koncedentom in koncesionarjem, v skladu z Odločbo o podelitvi koncesije št. ……………............... z dne ……………. (v nadaljevanju: odločba o podelitvi koncesije) ter se določijo pogoji, pod katerimi mora koncesionar opravljati javno zdravstveno službo na območju Mestne občine Velenje (v nadaljevanju: MOV).

1. **predmet pogodbe**
2. **člen**

Predmet koncesijske pogodbe je izvajanje zdravstvene dejavnosti na področju splošne oz. družinske medicine (v nadaljevanju: koncesijska dejavnost), na območju MOV, kot javne službe, vključene v javno zdravstveno mrežo na primarni ravni, v skladu z veljavno zakonodajo, splošnimi akti koncedenta in odločbo o podelitvi koncesije.

1. **člen**

Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost kot javno službo v obsegu, na področju in na način, ki je določen s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) in s predpisi ZZZS ter v skladu z veljavno zakonodajo, splošnimi akti koncedenta in odločbo o podelitvi koncesije. Koncesionar je dolžan en izvod te pogodbe posredovati koncedentu v roku 8 dni po sklenitvi.

Koncesionar je dolžan vsako leto obnoviti pogodbo z ZZZS in obračunavati storitve, ki so predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja, v višini in na način, kot je to določeno s pogodbo ZZZS.

Koncesionar lahko opravlja javno službo tudi po pogodbi z drugimi plačniki, ki delujejo v javnem interesu in za samoplačnike, v kolikor to ni v nasprotju s pogodbo iz prejšnjega odstavka.

1. **člen**

Koncendent ni dolžan zagotavljati koncesionarju nobenih sredstev za opravljanje koncesijske dejavnosti. Sredstva za opravljanje javne službe si koncesionar pridobiva na podlagi pogodbe z ZZZS oziroma s prodajo svojih storitev.

1. **trajanje koncesijskega razmerja**
2. **člen**

Koncesijsko razmerje je sklenjeno, kot je določeno v odločbi o podelitvi koncesije, in sicer za nedoločen čas, razen če jo koncesionar predčasno odpove.

Koncesionar prične izvajati koncesijsko dejavnost, ki je predmet te pogodbe dne ……….……………

Odpovedni rok koncesijske pogodbe je najmanj 6 (šest) mesecev pred iztekom pogodbe koncesionarja z ZZZS.

Koncesionar lahko prenese koncesijo le s predhodnim pisnim soglasjem koncedenta.

V primeru koncesionarjevega nespoštovanja navedenega odpovednega roka, je koncesionar dolžan opravljati koncesijsko dejavnost vse dokler ne začne opravljati te dejavnosti nov koncesionar.

1. **člen**

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

1. **lokacija OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI**
2. **člen**

Koncesionar je dolžan opravljati koncesijsko dejavnost na območju MOV, v ustreznih poslovnih prostorih.

Koncesionar bo javno službo opravljal v poslovnih prostorih na naslovu ………….………………......

…………………………………………………………………………………………………………..

Koncesionar ima zagotovljene poslovne prostore, ki so primerni za gibalno ovirane in so v skladu z zahtevami narave dela.

Naslov poslovnega prostora se lahko spremeni le s soglasjem koncendenta, ki izda novo odločbo o koncesiji in s koncesionarjem sklene aneks k tej pogodbi.

1. **ordinacijski čas koncesijske dejavnosti**
2. **člen**

Ordinacijski čas koncesionarja za izvajanje koncesijske dejavnosti je:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ponedeljek | od | do |
| Torek | od | do |
| Sreda | od | do |
| Četrtek | od | do |
| Petek | od | do |

Kar znaša skupaj …………….. ur tedensko.

Koncesionar je dolžan zagotavljati izvajanje koncesijske dejavnosti v obsegu najmanj štiri (4) dni v tednu in vsaj en (1) dan v tednu popoldan. Koncesionar si je dolžan delovni čas določiti v skladu z določili Zakona o zdravniški službi in pogoji, opredeljenimi v splošnemu dogovoru z Zdravstvenim domom Velenje, za posamezno leto.

Ordinacijski čas se lahko spremeni, le s soglasjem koncedenta.

Koncesionar ima pravico in se je dolžan vključiti v dežurno službo v skladu z razporedom, za katerega se dogovorijo izvajalci teh dejavnosti pod enakimi pogoji za delo in za enako plačilo kot zdravniki, ki so zaposleni v javnem zdravstvenem zavodu.

V ordinacijskem času koncesijske dejavnosti koncesionar ne sme opravljati dejavnosti, ki ne sodijo v koncesijsko dejavnost. Samoplačniške storitve lahko izvaja le izven ordinacijskega časa.

Koncesionar mora poskrbeti, da je ordinacijski čas izvajanja koncesijske dejavnosti strankam stalno na vpogled in na vidnem mestu.

1. **pravice in obveznosti pogodbenih strank**
2. **člen**

Koncesionar je dolžan:

* po vrstnem redu prevzeti vse opredeljene zavarovane osebe (paciente) dosedanjega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki bodo to želele. Koncesionar lahko odkloni nove paciente, ko za 10 % preseže povprečje glavarine v dejavnosti za področje izpostave ZZZS;
* zagotoviti, da nosilec koncesijske 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, koncesionar zagotoviti ustrezno nadomeščanje in o tem predhodno obvestiti koncedenta v pisni obliki ali po elektronski pošti. Obvestilu mora priložiti fotokopijo veljavne licence nadomestnega zdravnika. Koncendent je lahko brez zagotavljanja nadomestnega zdravnika odstoten skupno največ 14 dni na leto, od tega skupaj največ dva delovna dneva zaporedoma. O svoji odsotnosti mora ustrezno obvestiti svoje paciente;
* opravljati koncesijsko dejavnost izključno na lokaciji, opredeljeni v odločbi o podelitvi koncesije in tej koncesijski pogodbi, ter pisno zaprositi za soglasje koncendenta o nameravani spremembi lokacije opravljanja koncesijske dejavnosti;
* opravljati koncesijsko dejavnost izključno v ordinacijskem času, ki mora biti skladen z določili Zakona o zdravniški službi in pogoji, opredeljenimi v splošnemu dogovoru za posamezno leto;
* v okviru ordinacijskega časa mora koncesionar opravljati izključno koncesijsko dejavnost določeno s to koncesijsko pogodbo;
* za opravljene zdravstvene storitve, v skladu s predpisi ZZZS in veljavno zakonodajo, uporabnikom vedno izstaviti račune, iz katerih je razvidna vrsta opravljenih zdravstvenih storitev. Koncesionar mora poskrbeti, da je cenik storitev strankam stalno na vpogled in na vidnem mestu;
* 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 o le teh pristojnim institucijam;
* vključevati se v strokovno izpopolnjevanje ter izpolnjevati predpisane pogoje in pogoje pristojne zbornice glede strokovne usposobljenosti za nadaljnje delo;

1. **člen**

Koncesijska dejavnost se prične opravljati v najkrajšem možnem času, najkasneje pa v roku 2 mesecev od dneva sklenitve pogodbe z ZZZS, v nasprotnem primeru se koncesija odvzame z odločbo.

1. **poročanje in nadzor**
2. **člen**

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

Koncesionar mora pristojnim organom omogočiti opravljanje nadzora nad svojim delom, in sicer:

* strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga na podlagi javnega pooblastila izvaja pristojna zbornica ali strokovno združenje v sodelovanju s klinikami, kliničnimi inštituti ali kliničnimi oddelki in drugimi zavodi,
* upravni nadzor, ki ga izvaja ministrstvo, pristojno za zdravstvo,
* nadzor, ki ga izvaja ZZZS.

Pristojni organ MOV opravlja nadzor nad izvajanjem določil te pogodbe.

Koncesionar je dolžan predložiti koncedentu, če ta tako zahteva in v roku, ki ga določi koncedent, posebna poročila. Koncedent v zahtevi določi vsebino poročila in rok za predložitev.

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

1. **člen**

Koncedentu se koncesija odvzame, kadar to določa zakonodaja in drugi predpisi, splošni akti koncedenta, odločba o podelitvi koncesije, kadar koncedent krši določila te koncesijske pogodbe in kadar ne odpravi pomanjkljivosti v roku, ki ga določi koncendent.

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

Ta koncesijska pogodba preneha veljati tudi, če se nosilec koncesijske dejavnosti upokoji ali umre.

1. **člen**

Najkasneje v roku enega meseca od dokončnosti odločbe o odvzemu koncesije je koncesionar dolžan o tem obvestiti vse svoje opredeljene zavarovane osebe ter ravnati z zdravstveno dokumentacijo uporabnikov v skladu z veljavno zakonodajo.

1. **končne določbe**
2. **člen**

Predstavnika pogodbenih strank sta:

- za koncedenta: vodja Urada za družbene dejavnosti Drago Martinšek, univ. dipl. soc.

- za koncesionarja …………………………………………….………………………………………..

Skrbnica koncesijske pogodbe s strani koncedenta je višja svetovalka III Urada za družbene dejavnosti Ines Gričar Ločnikar.

1. **člen**

Morebitne spore, ki bi izvirali iz te koncesijske pogodbe, bosta pogodbeni stranki skušali reševati sporazumno. Če spora na ta način ne bo možno rešiti, si bosta pogodbeni stranki prizadevali rešiti morebitni spor iz te koncesijske pogodbe z mediacijo in drugimi alternativnimi načini reševanja morebitnega spora. V kolikor to ne bo mogoče, je za reševanje sporov pristojno stvarno in krajevno pristojno sodišče.

Pogodbeni stranki se zavezujeta, da bosta v morebitnem sodnem sporu iz te koncesijske pogodbe, soglašali s predložitvijo spora v mediacijo.

1. **člen**

Koncesijska pogodba je nična, v kolikor kdo v imenu ali na račun koncesionarja, predstavniku ali posredniku koncedenta obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za pridobitev posla, sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji, opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je koncedentu povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku koncedenta, posredniku koncedenta, koncesionarju ali njegovemu predstavniku, zastopniku ali posredniku.

1. **člen**

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

1. **člen**

Ta pogodba je sestavljena v 4 izvodih, od katerih vsaka pogodbena stranka dobi po 2 izvoda.

1. **člen**

Pogodba je sklenjena in stopi v veljavo z dnem, ko jo podpišeta obe pogodbeni stranki.

Številka spisa: 414-06-0002/2015-590

Velenje, dne …………………… …….…….…….., dne …….….………

**Koncedent: Koncesionar:**

**MESTNA OBČINA VELENJE ……………………………………………..**

**Bojan KONTIČ, ….………………………………………….**

**župan**