



**OBČINA TREBNJE
ŽUPANJA**

www.trebnje.si

E: obcina.trebnje@trebnje.si

Goliev trg 5, 8210 TREBNJE

T: 07 348 11 00

RAZPISNA DOKUMENTACIJA

ZA PODELITEV KONCESIJE ZA OPRAVLJANJE JAVNE SLUŽBE V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI NA PODROČJU ZOBOZDRAVSTVA ODRASLIH V OBČINI TREBNJE

Trebnje, 24. 8. 2026
Številka: 014 – 16/2026-3

KAZALO

I.	BESEDILO JAVNEGA RAZPISA	3
1.	KONCENDENT	3
2.	KONCESIJSKI AKT	3
3.	PREDMET JAVNEGA RAZPISA	3
4.	VRSTA, OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA RAZPISANEGA PROGRAMA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI JE PREDMET KONCESIJE	3
5.	NOSILEC KONCESIJSKE DEJAVNOSTI	3
6.	ZAČETEK IN ČAS TRAJANJA KONCESIJE	3
7.	NAČIN DOSTOPA DO RAZPISNE DOKUMENTACIJE	3
8.	POGOJI IN DOKAZILA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV	4
9.	MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA ZA IZVAJANJE KONCESIJSKE DEJAVNOSTI	6
10.	NASLOV, ROK IN NAČIN PREDLOŽITVE PONUDBE	9
11.	NASLOV IN DATUM ODPIRANJA PONUDB	9
12.	POSTOPEK OBRAVNAVE PONUDB IN ROK, V KATEREM BODO PONUDNIKI OBVEŠČENI O IZIDU JAVNEGA RAZPISA	9
II.	NAVODILA ZA IZDELAVO IN PREDLOŽITEV PONUDBE	11
III.	ZAHTEVANE SESTAVINE PONUDBE	12
III/1	RAZPISNA DOKUMENTACIJA ZA FIZIČNE OSEBE	13
III/2	RAZPISNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVNE OSEBE IN SAMOSTOJNE PODJETNIKE	31
III/3	VZOREC KONCESIJSKE POGODBE	52

I. BESEDILO JAVNEGA RAZPISA

Na podlagi prvega odstavka 44.b člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 - uradno prečiščeno besedilo, 23/08, 58/08 - ZZdrS-E, 15/08 - ZPacP, 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, 112/21 - ZNUPZ, 206/21 - ZDUPŠOP, 100/22 - ZNUZSZS, 132/22 - odl. US, 141/22 - ZNUNBZ, 14/23 - odl. US, 76/23 - ZNUZSZS-A, 196/21 - ZDOsk, 163/22 - ZDOsk-A, 84/23 - ZDOsk-1, 136/23 - ZIUZDS, 35/24, 112/24 - ZDIUZDZ, 102/24 - ZZKZ, 32/25, 111/25 - ZDIUPZ, 112/25 - odl. US, 34/26 - ZDIUPZ-A, 37/26 - popr., 14/26 – ZZNB; v nadaljnjem besedilu: ZZDej) in 6. člena Odloka o podelitvi koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva za odrasle v občini Trebnje (Uradni list RS, št. 947/26) Občina Trebnje objavlja

Javni razpis

za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva odraslih v občini Trebnje

1. KONCEDENT

Občina Trebnje, Goliev trg 5, 8210 Trebnje (v nadaljevanju: občina ali koncedent).

2. KONCESIJSKI AKT

Odlok o podelitvi koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva za odrasle v občini Trebnje, št. 007-002/2026-8 z dne 27. 5. 2026 (Uradni list RS, št. 947/26).

3. PREDMET JAVNEGA RAZPISA

Predmet javnega razpisa je podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva odraslih v občini Trebnje

4. VRSTA, OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA RAZPISANEGA PROGRAMA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI JE PREDMET KONCESIJE

Predmet javnega razpisa je podelitev koncesije za izvajanje javne službe v zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva odraslih na območju občine Trebnje v predvidenem obsegu 0,5 programa.

5. NOSILEC KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

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

6. ZAČETEK IN ČAS TRAJANJA KONCESIJE

Koncesijsko razmerje se sklepa za določen čas, in sicer za obdobje 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja programa zdravstvene dejavnosti. Koncesionar je dolžan začeti opravljati koncesijsko dejavnost v najkrajšem možnem času, najkasneje pa v 30 dneh od sklenitve pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) ter ne kasneje kot v 60 dneh od vročitve odločbe o izbiri koncesionarja. V nasprotnem primeru koncedent z odločbo odvzame koncesijo v skladu s 6. točko prvega odstavka 44.j člena ZZDej.

7. NAČIN DOSTOPA DO RAZPISNE DOKUMENTACIJE

V skladu z določili ZZDej je razpisna dokumentacija dostopna na spletni strani občine Trebnje <https://www.trebnje.si/> in na portalu javnih naročil.

8. POGOJI IN DOKAZILA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV

V ponudbi je potrebno predložiti:

8.1. Veljavno dovoljenje za opravljanje vrste zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa.

Ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO:

- dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa, ali pisno soglasje ponudnika (obrazec 2F ali 2P), da dovoljuje koncedentu dostop do teh podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;

IN POLEG TEGA, če je bilo ponudniku dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti izdano pred več kot tremi meseci od datuma oddaje ponudbe na ta javni razpis, **TUDI**

- potrdilo Ministrstva za pravosodje, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri ponudniku ni bil pravnomočno obsojen zaradi naklepne kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali ni bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zopora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti (potrdilo ne sme biti starejše od treh mesecev), ali pisno soglasje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (obrazec 2F ali 2P), da dovoljuje koncedentu dostop do podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci.

8.2. POGOJ: ponudniku v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej, razen kadar je odvzem posledica prenosa koncesije ali spremembe dejanskega lastnika, ali odvzeto dovoljenje za opravljanje dejavnosti iz razlogov iz prvega odstavka 3.b člena ZZDej.

Ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO:

izjava ponudnika (obrazec 3F ali 3P), da mu v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz prvega odstavka 44.j člena ZZDej. . razen kadar je odvzem posledica prenosa koncesije ali spremembe dejanskega lastnika, ali odvzeto dovoljenje za opravljanje dejavnosti iz razlogov iz prvega odstavka 3.b člena ZZDej.

8.3. POGOJ: odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti v zadnjih petih letih ni bil izrečen ukrep pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.

Ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO: potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja oziroma koncedentu z izjavo dovoljuje (obrazec 4F ali 4P) dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

8.4. POGOJ: neobstoj izključitvenih razlogov, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil.

Ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO: Izjava ponudnika (obrazec 5F ali 5P), da pri njem ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil;

8.5. POGOJ: ponudnik ima zaposleno ustrezno število zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, katerih plačilo zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje in izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo, za samostojno

opravljanje zdravstvenih storitev in bodo na naslovu izvajanja koncesijske dejavnosti, navedenem v Prijavnem obrazcu, opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije. Ta zakonski pogoji mora biti izpolnjeni ob vložitvi ponudbe!

– izjava ponudnika (obrazec 6F ali 6P)

- 8.6. POGOJ: ponudniku z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena ZZDej niso odrejeni ukrepi za odpravo kršitev glede opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi ugotovljenega resnega ogrožanja zdravja ali življenja pacienta v zadnjih petih letih od vložitve ponudbe. Ta zakonski pogoji mora biti izpolnjeni ob vložitvi ponudbe!**

– izjava ponudnika (obrazec 7F ali 7P)

- 8.7. POGOJ: ordinacijski prostori, ki so dostopni za gibalno ovirano in funkcionalno ovirane osebe.**

DOKAZILO: izjava ponudnika (obrazec 8F ali 8P), da bo izvajal zdravstveno dejavnost, ki je predmet tega razpisa, v ordinacijskih prostorih, dostopnih za gibalno in funkcionalno ovirane osebe (dostop za invalidske/otroške vozičke; dvigalo, če ordinacijski prostor ni v pritličju; klančina ...).

- 8.8. POGOJ: zagotovitev ordinacijskega časa za zavarovane osebe ZZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej.**

DOKAZILO: Izjava ponudnika (obrazec 9F ali 9P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu zgotovil ordinacijski čas za zavarovane osebe ZZZS najmanj v obsegu petine s pogodbo dovoljenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure dalje.

- 8.9. POGOJ: zagotovljeni ustrezni ordinacijski prostori na razpisanem območju z ustrezno opremo.**

DOKAZILO:

- dokazilo o lastništvu ordinacijskih prostorov na območju občine Trebnje – zemljiškoknjižni izpisek, ki na dan oddaje ponudbe ni starejši od 8 dni, ali kupoprodajna pogodba, iz katere izhaja pravica ponudnika do uporabe nepremičnine. Predložiti je treba original pogodbe ali overjeno kopijo).
- veljavno pogodbo o najemu oziroma uporabi ordinacijskih prostorov na razpisanem območju (lastništvo mora biti dokazano – glej prejšnjo alinejo) ali
- veljavno predpogodbo o najemu oziroma nakupu ordinacijskih prostorov na razpisanem območju (lastništvo mora biti dokazano – glej prvo alinejo).

- 8.10. POGOJ: začetek z delom najpozneje v 30 dneh po sklenitvi pogodbe z ZZZS.**

DOKAZILO: Izjava ponudnika (obrazec 10F ali 10P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu začel opravljati koncesijsko dejavnost najpozneje v 30 dneh po sklenitvi pogodbe z ZZZS.

- 8.11. POGOJ: prevzem vseh tistih zavarovanih oseb, ki so bile opredeljene pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo v roku enega leta to želele**

DOKAZILO: Izjava ponudnika (obrazec 11 F ali 11P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prevzel vse tiste zavarovane osebe, ki so bile opredeljene pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo v roku enega leta to želele.

- 8.12. POGOJ: vključitev koncesionarja ter zdravstvenih delavcev, zaposlenih pri njem, v program zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva iz 51.a člena ZZDej, če gre za zdravstveno dejavnost, ki se izvaja v okviru neprekinjenega**

zdravstvenega varstva.

Ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen pred sklenitvijo koncesijske pogodbe!

DOKAZILO:

– izjava ponudnika (obrazec 7F ali 7P)

Za izvajanje dejavnosti, ki je predmet javnega razpisa, mora ponudnik izpolnjevati zakonsko predpisane pogoje, ki jih določa 44.č člen ZZDej, in druge zakonsko določene pogoje. Kot dokaz o izpolnjevanju zahtevanih pogojev ponudnik v ponudbi na javni razpis:

- predloži ustrezna dokazila v originalu ali overjeni fotokopiji oziroma tako, kot je v obrazcu zahtevano, ali
- v skladu z določili tretjega odstavka 44.c člena ZZDej za dokazila, ki jih koncedent lahko pridobi iz uradnih evidenc, poda pisno soglasje, da koncedentu dovoljuje vpogled oziroma dostop do podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci.

9. MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA ZA IZVAJANJE KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

Prijave ponudnikov, ki bodo izkazali izpolnjevanje pogojev, bodo ocenjene v skladu z naslednjimi merili:

Zap.št.	Merilo	št. točk
9.1	Strokovna usposobljenost, delovne izkušnje in reference odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije	20
9.2	Obdobje izvajanja zdravstvene dejavnosti izvajalca zdravstvene dejavnosti od pridobitve dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije do vložitve ponudbe	20
9.3	Dostopnost lokacije ordinacije in dostopnost do drugih storitev povezanih z izvajanjem zdravstvene dejavnosti	10
9.4	Pričetek izvajanja koncesijske dejavnosti	20
9.5	Odstotek ordinacijskega časa za izvajanje koncesijske dejavnosti od 16. ure dalje, ki presega najmanj 20 % popoldanskega ordinacijskega časa	10
9.6	Obdobje opravljanja zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije na območju občine Trebnje	20
	Skupaj najvišje število točk	100

Koncedent bo na tej podlagi ponudbe razvrstil od najbolj do najmanj ugodne. Izbran bo ponudnik, ki bo dosegel skupaj najvišje število točk. Če dosežeta dva ali več najbolje ocenjenih ponudnikov razpisanega programa zdravstvene dejavnosti na podlagi meril po razpisani koncesiji enako število točk, se ponudnika izbere na podlagi višje doseženih točk pri merilu zap. št. 9.4; v primeru, da tudi pri tem merilu ponudnika dosežeta enako število točk, pa na podlagi opravljenega žreba.

Razvrščanje ponudb glede na postavljena merila:

MERILO 9.1 - Strokovna usposobljenost, delovne izkušnje in reference odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije

	STROKOVNA USPOSOBLJENOST, DELOVNE IZKUŠNJE IN REFERENCE ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE	št. točk
1.	samostojno opravljanje dejavnosti na področju razpisane koncesije	20
2.	pogodbeno sodelovanje z 2 ali več izvajalci na področju razpisane koncesije ALI vsaj 10-letno pogodbeno sodelovanje z 1 izvajalcem na področju razpisane koncesije	10
3.	pogodbeno sodelovanje z 1 izvajalcem na področju razpisane koncesije	5
4.	ni bilo pogodbenega sodelovanja z izvajalci na področju razpisane koncesije	0

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 12F ali 12P).

MERILO 9.2 – Obdobje izvajanja zdravstvene dejavnosti izvajalca zdravstvene dejavnosti od pridobitve dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije do vložitve ponudbe

	OBDODBJE IZVAJANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI IZVAJALCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI OD PRIDOBITVE DOVOLJENJA ZA OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE DO VLOŽITVE PONUDBE	št. točk
1.	nad 20 let delovnih izkušenj na področju razpisane koncesije	20
2.	nad 10 let do vključno 20 let delovnih izkušenj na področju razpisane koncesije	15
3.	nad 5 let do vključno 10 let delovnih izkušenj na področju razpisane koncesije	10
4.	do vključno 5 let delovnih izkušenj na področju razpisane koncesije	5

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 13F ali 13P);
- overjeno fotokopijo dokazil, iz katerih je razvidno kdaj (od dalje), koliko časa in pri katerih izvajalcih na področju razpisane koncesije je deloval odgovorni nosilec koncesije od izdaje licence za razpisano koncesijo in od dalje). Pri tem se štejejo delovne izkušnje, pridobljene od izdaje odločbe o podelitvi predmetne licence v Republiki Sloveniji.

MERILO 9.3 - Dostopnost lokacije ordinacije in dostopnost do drugih storitev, povezanih z izvajanjem zdravstvene dejavnosti

	DOSTOPNOST LOKACIJE ORDINACIJE IN DOSTOPNOST DO DRUGIH STORITEV POVEZANIH Z IZVAJANJEM ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI	št. točk
1.	razdalja 0 - 1000 m od sedeža Zdravstvenega doma Trebnje (Goliev trg 3, Trebnje)	10
2.	razdalja 1001 - 2000 m od sedeža Zdravstvenega doma Trebnje (Goliev trg 3, Trebnje)	5
3.	razdalja več kot 2000 m od sedeža Zdravstvenega doma Trebnje (Goliev trg 3, Trebnje)	0

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 14F ali 14P).

MERILO 9.4 – Pričetek izvajanja koncesijske dejavnosti

	PRICETEK IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI	št. točk
1.	takoj po sklenitvi pogodbe z ZZZS oz. najkasneje v 15 dneh od sklenitve pogodbe z ZZZS	20
2.	od 16 do vključno 25 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS	10

3.	Od 26 do vključno 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS	0
----	--	---

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 10F ali 10P) o pričetku z delom.

MERILO 9.5 – Odstotek ordinacijskega časa za izvajanje koncesijske dejavnosti od 16. ure dalje, ki presega najmanj 20 % popoldanskega ordinacijskega časa

Popoldanski ordinacijski čas se prične po 16. uri. V pogodbi se izvajalec z ZZZS dogovori glede popoldanskega ordinacijskega časa v obsegu najmanj ene petine s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure dalje. Upošteva se zaveza ponudnika, v kolikšnem odstotku nad predpisanimi vsaj 20 odstotki od skupnega tedenskega ordinacijskega časa, bo zagotovil izvajanje koncesijske dejavnosti od 16. ure dalje. Za vsak dodatni odstotek ordinacijskega časa po 16. uri nad predpisanimi 20 odstotki se ponudniku dodeli po 1 točko, največ do skupno 10 točk.

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 9F ali 9P) ponujeni ordinacijski čas nad obsegom po pogodbi z ZZZS.

MERILO 9.6– Obdobje opravljanja zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije na območju občine Trebnje

	OBDOBJE OPRAVLJANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE NA OBMOČJU OBČINE TREBNJE	št. točk
1.	nad 16 let	20
2.	nad 10 let do vključno 15 let	15
3.	nad 5 let do vključno 10 let	10
4.	do vključno 5 let	5

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 15F ali 15P).

Naročnik bo na tej podlagi ponudbe razvrstil od najbolj do najmanj ugodne. Izbran bo ponudnik, ki bo dosegel skupaj najvišje število točk. Če dosežeta dva ali več najboljše ocenjenih ponudnikov razpisanega programa zdravstvene dejavnosti na podlagi meril po razpisani koncesiji enako število točk, se ponudnika izbere na podlagi višje doseženih točk pri merilu zap. št. 9.4; v primeru, da tudi pri tem merilu ponudnika ali ponudniki dosežejo enako število točk, pa na podlagi opravljenega žreba.

10. NASLOV, ROK IN NAČIN PREDLOŽITVE PONUDBE

Ponudba se v zaprti ovojnici naslovi na: Občina Trebnje, Goliev trg 5, 8210 Trebnje. Na hrbtni strani ovojnice se navedejo podatki ponudnika.

Na sprednji strani ovojnice, v levem zgornjem delu, mora biti vidna navedba:

»NE ODPIRAJ – Prijava na javni razpis za podelitev koncesije – zobozdravstvo odraslih 2026«.

Ponudba se lahko odda po pošti kot priporočeno pošiljka ali osebno v vložišču Občine Trebnje, Goliev trg 5, 8210 Trebnje, v delovnem času (ponedeljek in torek: od 8.00 do 15.00; sreda: od 8.00 do 17.00; četrtek in petek: od 8.00 do 14.00).

Ponudba je:

PRAVOČASNA: če je oddana po pošti kot priporočena pošiljka do vključno 21. 9. 2026 oziroma osebno v vložišču Občine Trebnje do vključno ponedeljka, 21. 9. 2026, do 15. ure, sicer bo obravnavana kot prepozna in bo s sklepom zavržena.

PRAVILNA: če je oddana v pravilno opremljeni in označeni zaprti kuverti, skladno z navodili iz 10. točke tega javnega razpisa oziroma navodili za oddajo ponudbe iz II. poglavja razpisne dokumentacije, sicer bo obravnavana kot nepravilna in bo s sklepom zavržena.

POPOLNA: če je izpolnjena v skladu z II. poglavjem razpisne dokumentacije in vsebuje vse zahtevane sestavine iz III. poglavja razpisne dokumentacije, sicer bo obravnavana kot nepopolna.

11. NASLOV IN DATUM ODPIRANJA PONUDB

Odpiranje ponudb za podelitev koncesije za zobozdravstvo odraslih **bo dne 28. 9. 2026 ob 10. uri** v prostorih Občine Trebnje, Goliev trg 5, 8210 Trebnje, v veliki sejni sobi.

Odpiranje ponudb bo vodila razpisna komisija za vodenje postopka Javnega razpisa za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva odraslih v občini Trebnje (v nadaljevanju: komisija), ki je imenovana s strani županje Občine Trebnje.

Komisija bo pri odpiranju ponudb preverila, ali je bila ponudba oddana v skladu z zahtevami iz 10. točke tega javnega razpisa.

12. POSTOPEK OBRAVNAVE PONUDB IN ROK, V KATEREM BODO PONUDNIKI OBVEŠČENI O IZIDU JAVNEGA RAZPISA

Komisija bo ponudbe pregledala glede izpolnjevanja pogojev in zahtev razpisne dokumentacije. Ponudnike bo k dopolnitvi ponudbe pozvala le, če bo to dopustno glede na naravo ugotovljene pomanjkljivosti in če dopolnitev ne bi pomenila naknadnega izpolnjevanja pogoja ali spreminjanja vsebine ponudbe oziroma prednosti ponudnika glede na druga merila.

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. Komisija bo pri dopolnitvah zasledovala enako obravnavo vseh ponudnikov.

Razpisan program zobozdravstva odraslih se dodeli najbolje ocenjenemu ponudniku glede na merila. Če dosežeta dva ali več najbolje ocenjenih ponudnikov razpisanega programa zdravstvene dejavnosti na podlagi meril po razpisani koncesiji enako število točk, se ponudnika izbere na podlagi višje doseženih točk pri merilu zap. št. 9.4; v primeru, da tudi pri tem merilu ponudnika dosežeta enako število točk, pa na podlagi opravljenega žreba.

Za ponudnika, izbranega na opisani način, bo komisija izdelala predlog o njegovi izbiri in ga posredovala pristojnemu upravnemu organu. Slednji bo skladno s 44. členom ZZDej na Ministrstvo za zdravje podal vlogo za soglasje k podelitvi koncesije ponudniku in nato v roku 30 dni po pridobitvi soglasja s strani Ministrstva za zdravje izdal odločbo, s katero bo koncesijo za razpisani program iz 4. točke tega javnega razpisa podelil izbranemu ponudniku, ostale obravnavane ponudbe pa zavrnil. V primeru, da komisija oceni, da nihče od ponudnikov ni primeren za podelitev razpisane koncesije, se koncesija ne podeli.

Obvestilo ponudnikom o obdelavi osebnih podatkov

Z oddajo 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 Trebnje, Goliev trg 5, 8210 Trebnje (kontaktni podatki pooblaščen osebe za varstvo osebnih podatkov: klavdija.tahan@trebnje.si, 07/3481-134). Posameznik, na katerega se osebni podatki nanašajo, ima pravico dostopa, seznanitve in popravka ter pravico do pritožbe pri Informacijskem pooblaščenцу.

Št.: 014 - 16/2026-3

Trebnje, dne 24. 8. 2026

ŽUPANJA OBČINE TREBNJE
Mateja Povhe l.r.

II. NAVODILA ZA IZDELAVO IN PREDLOŽITEV PONUDBE

Ponudba mora biti pripravljena v skladu s tem javnim razpisom in razpisno dokumentacijo.

Navodila za izdelavo ponudbe:

- sestavine ponudbe predstavljajo: pravilno izpolnjeni obrazci, parafiran vzorec pogodbe ter vsa dokazila - potrdila, izjave ...,
- spreminjanje ali dopolnjevanje obrazcev ni dovoljeno,
- ponudba mora biti izpolnjena v slovenskem jeziku in tam, kjer je predpisano, podpisana s strani vlagatelja,
- v kolikor je ponudnik pravna oseba, je potreben podpis njenega zakonitega zastopnika, podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti in žig pravne osebe, če pravna oseba uporablja žig pri svojem poslovanju,
- ponudnik mora lastnoročno parafirati vsako stran ponudbe v spodnjem desnem kotu,
- vsak ponudnik (velja za gospodarske subjekte in fizično osebo) lahko pošlje le eno ponudbo,
- vsak ponudnik (velja za gospodarske subjekte in fizične osebe) lahko v ponudbi navede le enega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti in le eno predvideno lokacijo izvajanja koncesijske dejavnosti.

Pojasnila v zvezi z razpisno dokumentacijo sme ponudnik zahtevati pisno po elektronski pošti na naslov: obcina.trebnje@trebnje.si, najkasneje do 14. 9. 2026. Pojasnila bodo posredovana najkasneje do vključno 18. 9. 2026.

III. ZAHTEVANE SESTAVINE PONUDBE

V primeru, da je ponudnik pravna oseba ali samostojni podjetnik (s.p.), morajo biti Prijavni obrazec in izjave v ponudbi podpisane s strani zakonitega zastopnika oziroma samostojnega podjetnika in žigosane (če ponudnik žig uporablja). V kolikor je na Prijavnem obrazcu in/ali izjavi zahtevano, je potreben tudi podpis odgovornega nosilca oziroma nosilca zdravstvene dejavnosti, ki je predmet javnega razpisa in za katero ponudnik kandidira.

Obrazci z izjavami za zasebne zdravstvene delavce so označene z oznako: »F«, za pravne osebe in samostojne podjetnike (s.p.) so označene z oznako: »P«.

PRIJAVA NA RAZPIS - PRIJAVNI OBRAZEC

Ponudnik predloži izpolnjen in podpisan Prijavni obrazec:

- 1F za zasebne zdravstvene delavce oziroma
- 1P za pravne osebe oziroma samostojne podjetnike.

DOKAZILA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH POGOJEV IZ 8. TOČKE JAVNEGA RAZPISA

Za izvajanje dejavnosti, ki je predmet javnega razpisa, mora ponudnik izpolnjevati zakonsko predpisane pogoje, ki jih določa 44.č člen ZZDej, in druge zakonsko določene pogoje. Kot dokaz o izpolnjevanju zahtevanih pogojev ponudnik v ponudbi na javni razpis:

- predloži ustrezna dokazila v originalu ali overjeni fotokopiji oziroma tako, kot je v obrazcu zahtevano, ali
- v skladu z določili tretjega odstavka 44.c člena ZZDej za dokazila, ki jih koncedent lahko pridobi iz uradnih evidenc, poda podpisano pisno soglasje ponudnika, odgovornega nosilca koncesijske dejavnosti ali nosilca koncesijske dejavnosti, da koncedentu dovoljuje pridobitev teh podatkov iz uradnih evidenc.

III/1 RAZPISNA DOKUMENTACIJA ZA FIZIČNE OSEBE

OBRAZCI F

(izpolnijo jih ponudniki fizične osebe)

V nadaljevanju je 15 obrazcev za fizične osebe.

PRIJAVNI OBRAZEC (izpolni fizična oseba/zasebni zdravstveni delavec)**PODATKI O PONUDNIKU**

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

PODATKI O DEJANSKEM LASTNIKU

PRIIMEK IN IME	
STALNO PREBIVALIŠČE	
EMŠO	
DAVČNA ŠTEVILKA	
TELEFONSKA ŠTEVILKA	
ELEKTRONSKI NASLOV	

V skladu s tretjim odstavkom 42. člena ZZDej je koncesija **vezana na izvajalca zdravstvene dejavnosti, njegov pravi status in dejanskega lastnika v času izdaje koncesijske odločbe**. Če se pravni status oziroma dejanski lastnik izvajalca zdravstvene dejavnosti v času trajanja koncesijskega razmerja spremeni, se koncesija odvzame. V skladu s petim odstavkom 42. člena ZZDej pa je **dejanski lastnik fizična oseba, ki je končni lastnik koncesionarja ali ga nadzira ali kako drugače obvladuje, ali fizična oseba, v imenu katere se vrsta zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije, opravlja.**

Spodaj podpisani ponudnik kandidiram v okviru javnega razpisa Občine Trebnje, št. 014 - 16/2026 za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na področju v zobozdravstveni dejavnosti za odrasle na razpisano koncesijo in izjavljam, da:

- se v celoti strinjam in v celoti sprejemam vse pogoje in vsa merila za izbor koncesionarjev, ki so določena v razpisni dokumentaciji;

- nisem subjekt, za katerega bi veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/11 – uradno prečiščeno besedilo, 158/20 in 3/22 – ZDeb in 16/23 - ZZPri; v nadaljevanju ZIntPK).

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

Izrecno dovoljujem Občini Trebnje, da za namene tega javnega razpisa lahko opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

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

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije ter potrdila o nekaznovanosti.

Pisno soglasje ponudnika, ki mu je bilo že izdano dovoljenje Ministrstva za zdravje, vendar ga v ponudbi **ni priložil.**

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime
ponudnika), rojen/a ____ . ____ . _____ (datum rojstva) s
stalnim prebivališčem _____
_____ (stalni naslov) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil dovoljenja za
opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa, zato Občini Trebnje dovoljujem
dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

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

- a. dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa;
- b. potrdila Ministrstva za pravosodje, da nisem bil pravnomočno obstojen zaradi naklepne kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje niti nisem bil pravnomočno obstojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, zato Občini Trebnje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

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

Spodaj podpisani/a _____(priimek in ime
ponudnika), rojen/a _____(datum rojstva) izjavljam, da mi v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta
koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU, DA MU V ZADNJIH PETIH LETIH NI BIL IZREČEN UKREP PRISTOJNE ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV V ZVEZI Z OPRAVLJANJEM POKLICA

Izpolnijo le tisti odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti pri ponudniku, ki v ponudbi niso priložili potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da jim v zadnjih petih letih ni bil izrečen ukrep pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____. _____. _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov), _____ (naziv in sedež ponudnika) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da mi v zadnjih petih letih ni bil izrečen ukrep pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.

Kraj in datum: _____

(odgovorni nosilec ponudnika)

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

Spodaj podpisani/a _____(priimek in ime
ponudnika), rojen/a _____(datum rojstva) izjavljam, da pri meni ob vložitvi ponudbe ne obstojijo
izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

I Z J A V A PONUDNIKA, O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKEGA POGOJA POD 8.5

Spodaj podpisani/a _____(priimek in ime ponudnika), rojen/a __ (datum rojstva) izjavljam, da imam zaposleno ustrezno število zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, katerih plačilo zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje in izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo, za samostojno opravljanje zdravstvenih storitev in bodo na naslovu izvajanja koncesijske dejavnosti, navedenem v Prijavnem obrazcu, opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije.

Izjavljam še:

1. da bom kot koncesionar zagotavljal ustrezno število zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, potrebnih za izvajanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije;
2. da bodo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, ki bodo vključeni v izvajanje koncesijske dejavnosti, imeli ustrezno strokovno izobrazbo, usposobljenost in izpolnjevali vse druge pogoje za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti, določene z veljavnimi predpisi;
3. da bo kadrovska zasedba zagotavljala nemoteno, kakovostno, strokovno in varno izvajanje zdravstvene dejavnosti v obsegu, ki bo določen s koncesijsko odločbo, koncesijsko pogodbo ter pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
4. da bom v primeru, ko bom zdravstvene storitve izvajal sam kot zdravstveni delavec, te storitve opravljal v skladu s pogoji, ki veljajo za zasebnega zdravstvenega delavca;
5. da bom, če bo za izvajanje koncesijske dejavnosti potrebno vključiti druge zdravstvene delavce oziroma zdravstvene sodelavce, zagotovil njihovo zakonito zaposlitev oziroma drugo dopustno obliko vključitve v izvajanje zdravstvene dejavnosti;
6. da bom ves čas trajanja koncesije zagotavljal izpolnjevanje vseh zakonskih, kadrovskih, strokovnih, prostorskih in drugih pogojev, ki so potrebni za izvajanje koncesijske dejavnosti;
7. da bom na zahtevo koncedenta oziroma drugega pristojnega organa predložil ustrezna dokazila o izpolnjevanju pogojev, vključno z dokazili o strokovni usposobljenosti in statusu zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev;
8. da so podatki, navedeni v tej izjavi, resnični in popolni ter da za njihovo resničnost prevzemam vso odgovornost.

Kraj in datum: .

(podpis ponudnika)

IZJAVA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH POGOJEV POD 8.6 in 8.12

Spodaj podpisani/a _____(priimek in ime ponudnika), rojen/a _____(datum rojstva) izjavljam, da mi z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena ZZDej niso odrejeni ukrepi za odpravo kršitev glede opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi ugotovljenega resnega ogrožanja zdravja ali življenja pacienta v zadnjih petih letih od vložitve ponudbe.

Prav tako izjavljam, da bom najkasneje do sklenitve koncesijske pogodbe sklenil pogodbo z javnim zdravstvenim zavodom Zdravstveni dom Trebnje o obsegu in vrstah sodelovanja za potrebe izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva v skladu z 51.a členom ZZDej, če gre za zdravstveno dejavnost, ki se izvaja v okviru neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

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

Spodaj podpisani/a _____(priimek in ime
ponudnika), rojen/a _____(datum rojstva) izjavljam, da je do ordinacijskega prostora na
lokaciji

_____ (naslov ordinacije, s katero
se prijavljam na ta javni razpis) zagotovljena dostopnost za gibalno in funkcionalno ovirane osebe.

Skladno s tem sta zagotovljena oba naslednja pogoja:

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

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

I Z J A V A O PONUJENEM ORDINACIJSKEM ČASU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu v obsegu 0,50 programa oziroma od skupnega števila ur tedenskega ordinacijskega časa (16 ur 15 minut) zagotovil ordinacijski čas za zavarovane osebe ZZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej, pri čemer bom to zagotovil v obsegu (obkroži številčno oznako v levem stolpcu):

1.	predpisane ene petine oziroma 20%, kar znaša	3 ure in 15 minut
2.	21%, kar znaša	3 ure in 25 minut
3.	22%, kar znaša	3 ure in 35 minut
4.	23%, kar znaša	3 ure in 45 minut
5.	24%, kar znaša	3 ure in 55 minut
6.	25%, kar znaša	4 ure in 5 minut
7.	26%, kar znaša	4 ure in 15 minut
8.	27%, kar znaša	4 ure in 25 minut
9.	28%, kar znaša	4 ure in 35 minut
10.	29%, kar znaša	4 ure in 45 minut
11.	30%, kar znaša	4 ure in 55 minut

Hkrati izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, opravljal/a koncesijsko dejavnost v okviru spodaj navedenega ordinacijskega časa (odmor za malico ni vključen).

Tabela A – izpolnijo jo vsi ponudniki

	ORDINACIJSKI ČAS	
	DOPOLDANSKI (do 16. ure)	POPOLDANSKI (po 16. uri)
PONEDELJEK		
TOREK		
SREDA		
ČETRTEK		
PETEK		

Izjavljam, da brez predhodne odobritve Občine Trebnje in soglasja ZZZS zgoraj navedenega ordinacijskega časa, v času trajanja koncesijskega razmerja, ne bom spreminjal/a.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

IZJAVA O PRIČETKU Z DELOM

Spodaj podpisani/a _____(priimek in ime
ponudnika), rojen/a __. __. _____(datum rojstva) s
stalnim prebivališčem _____
_____(stalni naslov) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem
javnem razpisu pričel/a z delom najpozneje v roku 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZSZ.

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

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

I Z J A V A O PREVZEMU VSEH TISTIH ZAVAROVANIH OSEB, KI SO BILE OPREDELJENE PRI DOSEDANJEM IZVAJALCU RAZPISANE KONCESIJE IN BODO V ROKU ENEGA LETA TO ŽELELE

Spodaj podpisani/a _____(priimek in ime
ponudnika), rojen/a _____. _____. _____(datum rojstva) s
stalnim prebivališčem _____
_____(stalni naslov) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem
javnem razpisu prevzel vse tiste zavarovane osebe, ki so bile opredeljene pri dosedanjem izvajalcu
razpisane koncesije in bodo v roku enega leta to želele.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

IZJAVA
O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI, IZKUŠNJAH IN REFERENCAH PONUDNIKA TER
ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE
Merilo 9.1

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime
odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti), rojen/a __. __. _____ (datum rojstva) s
stalnim prebivališčem _____
_____ (stalni naslov),
_____ (naziv in sedež ponudnika)
izjavljam, da

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (obkroži ustrezno in priloži ustrezno overjeno fotokopijo dokazila):

1. imam delovne izkušnje na področju razpisane koncesije – samostojno opravljanje dejavnosti na področju razpisane koncesije
2. izkazujem pogodbeno sodelovanje z _____ izvajalcem na področju razpisane koncesije
3. izkazujem vsaj 10 letno pogodbeno sodelovanje z 1 izvajalcem na področju razpisane koncesije
4. ne izkazujem pogodbenega sodelovanja z izvajalci na področju razpisane koncesije

Priloge, ki izkazujejo zgoraj navedeno.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

IZJAVA O OBDOBJU IZVAJANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI IZVAJALCA ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI OD PRIDOBITVE DOVOLJENJA ZA OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA
PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE DO VLOŽITVE PONUDBE
Merilo 9.2

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime
ponudnika), rojen/a __. __. _____ (datum rojstva) s
stalnim prebivališčem _____
_____ (stalni naslov) izjavljam, da (**ustrezno obkrožite in izpolnite!**):

imam na področju razpisane koncesije od dneva izdaje licence naprej za razpisano zdravstveno
dejavnost skupaj __ let __ mesecev in dni delovnih izkušenj, pri čemer sem deloval pri naslednjih
delodajalcih (poleg delodajalca obvezno navedite obdobje, v katerem je potekalo delovanje pri
dotičnem delodajalcu):

Delodajalec	Pričetek izvajanja del (datum)	Zaključek izvajanja del (datum)

K tej izjavi prilagam fotokopijo veljavne licence (obvezna priloga). V primeru, da je bila veljavnost
licenci podaljšana, je potrebno predložiti obe listini: prvotno izdano licenco in odločbo, ki izkazuje
veljavnost licence v času vložitve ponudbe na ta javni razpis.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

I Z J A V A O LOKACIJI ORDINACIJE
Merilo 9.3

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime
ponudnika), rojen/a _____. _____. _____ (datum rojstva) s
stalnim prebivališčem _____
_____ (stalni naslov) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem
javnem razpisu ordinacijo za paciente zagotovil/a (**ustrezno obkroži**)

- a. **do 1000 m**
- b. **od 1001 m do vključno 2000 m**
- c. **2001 in več metrov.**

od sedeža Zdravstvenega doma Trebnje (najkrajša razdalja merjena za pešce – naslov: Goliev trg 3, Trebnje), kjer so dostopna javna parkirna mesta, lekarna in druge zdravstvene storitve. O sedežu ordinacije za paciente bom koncedenta pisno obvestil/a in je ne bom spreminjal/a brez njegovega izrecnega soglasja ves čas trajanja koncesijskega razmerja.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

I Z J A V A O OPRAVLJANJU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE
KONCESIJE NA OBMOČJU OBČINE TREBNJE
Merilo 9.6

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime
ponudnika), rojen/a __. __. _____ (datum rojstva) s
stalnim prebivališčem _____
_____ (stalni naslov) izjavljam, da sem od dneva izdaje licence do vložitve
ponudbe na ta javni razpis zdravstveno dejavnost na območju občine Trebnje izvajal/a _____ let
__ mesecev in _____ dni.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)

(podpis ponudnika)

III/2 RAZPISNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVNE OSEBE IN SAMOSTOJNE PODJETNIKE

OBRAZCI P

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

V nadaljevanju je 15 obrazcev za gospodarske subjekte.

PODATKI O PONUDNIKU – PRAVNI OSEBI OZIROMA SAMOSTOJNEM PODJETNIKU

NAZIV PONUDNIKA	
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 DEJANSKEM LASTNIKU

PRIIMEK IN IME	
STALNO PREBIVALIŠČE	
EMŠO	
DAVČNA ŠTEVILKA	
TELEFONSKA ŠTEVILKA	
ELEKTRONSKI NASLOV	

V skladu s tretjim odstavkom 42. člena ZZDej je koncesija **vezana na izvajalca zdravstvene dejavnosti, njegov pravni status in dejanskega lastnika** v času izdaje koncesijske odločbe. Če se pravni status oziroma dejanski lastnik izvajalca zdravstvene dejavnosti v času trajanja koncesijskega razmerja spremeni, se koncesija odvzame. V skladu s petim odstavkom 42. člena ZZDej pa je **dejanski lastnik fizična oseba, ki je končni lastnik koncesionarja ali ga nadzira ali kako drugače obvladuje, ali fizična oseba, v imenu katere se vrsta zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije, opravlja.**

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 NA NASLOVU IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI, NAVEDENEM V TEM PRIJAVNEM OBRAZCU

(zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti)

PRIIMEK IN IME	
STALNO PREBIVALIŠČE	
EMŠO	
DAVČNA ŠTEVILKA	
TELEFONSKA ŠTEVILKA	
ELEKTRONSKI NASLOV	

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik pravne osebe kandidiram v okviru javnega razpisa Občine Trebnje št. 014-16/2026 za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na področju zobozdravstvene dejavnosti za odrasle in izjavljam, da

- se v celoti strinjam in v celoti sprejemam vse pogoje in vsa merila za izbor koncesionarjev, ki so določena v razpisni dokumentaciji;
- ne zastopam subjekta, za katerega bi veljala omejitev poslovanja po 35. členu zakona o integriteti in preprečevanje korupcije (ZIntPK) (Uradni list RS, št. 69/11 – uradno prečiščeno besedilo, 158/20, 3/22 – ZDeb in 16/23 – ZZPri).

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

Izrecno dovoljujem Občini Trebnje, da za namene tega javnega razpisa lahko opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

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

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije ter potrdila o nekaznovanosti.

Pisno soglasje ponudnika, ki mu je bilo že izdano dovoljenje Ministrstva za zdravje, vendar ga v ponudbi **ni priložil**.

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

izjavljam, da v ponudbi nisem priložil dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa, zato Občini Trebnje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

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

- a. dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpis
- b. potrdila za Ministrstva za pravosodje, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti _____
_____ (ime in priimek odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) ni bil pravnomočno obstojen zaradi naklepne kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje niti nisem bil pravnomočno obstojen na nepogojno kazen zapora za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, zato Občini Trebnje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

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

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

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

Spodaj podpisani/a _____

(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____

(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____

(sedež ponudnika)

izjavljam, da ponudniku _____

(naziv ponudnika)

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

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU, DA MU V ZADNJIH PETIH LETIH NI BIL IZREČEN UKREP PRISTOJNE ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV V ZVEZI Z OPRAVLJANJEM POKLICA

Izpolnijo le tisti odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti pri ponudniku, ki v ponudbi niso priložili potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da jim v zadnjih petih letih ni bil izrečen ukrep pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.

Spodaj podpisani/a _____

(priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku)

(datum rojstva)

s sedežem v/na _____

(sedež ponudnika)

izjavljam, da ponudniku _____

(naziv ponudnika)

da v ponudbi nisem priložil potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da mi v zadnjih petih letih ni bil izrečen ukrep pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.

Kraj in datum: .

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

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

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

izjavljam, da pri ponudniku _____
(naziv ponudnika)

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

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

I Z J A V A PONUDNIKA, DA IZPOLNJUJE ZAKONSKI POGOJ POD 8.5

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

izjavljam, da pri ponudniku _____
(naziv ponudnika)

imam zaposleno ustrezno število zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, katerih plačilo zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje in izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo, za samostojno opravljanje zdravstvenih storitev in bodo na naslovu izvajanja koncesijske dejavnosti, navedenem v Prijavnem obrazcu, opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije

Izjavljam, da bodo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, ki bodo vključeni v izvajanje dejavnosti, ustrezno strokovno usposobljeni za delo, ki ga bodo opravljali, ter bodo izpolnjevali predpisane pogoje glede izobrazbe, strokovne usposobljenosti, morebitnih licenc oziroma drugih pogojev za samostojno opravljanje dela.

Ponudnik bo zagotavljal, da bodo navedeni zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci zaposleni oziroma drugače zakonito vključeni v izvajanje zdravstvene dejavnosti v skladu z veljavnimi predpisi in pogoji konkretnega razpisa.

Ponudnik se zavezuje, da bo v času izvajanja dejavnosti zagotavljal ustrezno kadrovske zasedbo ter neprekinjeno izpolnjevanje vseh pogojev, ki so zahtevani za zakonito in kakovostno izvajanje zdravstvene dejavnosti.

Na zahtevo naročnika oziroma pristojnega organa bo ponudnik predložil ustrezna dokazila o zaposlitvi, izobrazbi, strokovni usposobljenosti, licencah in drugih izpolnjenih pogojih za posamezne zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce.

Izjavljam, da so vsi podatki v tej izjavi resnični in popolni ter da prevzemam odgovornost za njihovo verodostojnost.

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

IZJAVA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH POGOJEV POD 8.6 in 8.12

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

izjavljam, da mi z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena ZZDej niso odrejeni ukrepi za odpravo kršitev glede opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi ugotovljenega resnega ogrožanja zdravja ali življenja pacienta v zadnjih petih letih od vložitve ponudbe.

Prav tako izjavljam, da bom najkasneje do sklenitve koncesijske pogodbe sklenil pogodbo z javnim zdravstvenim zavodom Zdravstveni dom Trebnje o obsegu in vrstah sodelovanja za potrebe izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva v skladu z 51.a členom ZZDej, če gre za zdravstveno dejavnost, ki se izvaja v okviru neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

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

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

izjavljam, da je do ordinacijskega prostora na lokaciji _____
(naslov ordinacije, s katero se prijavljam na ta javni razpis)

zagotovljena dostopnost za gibalno in funkcionalno ovirane osebe.

Skladno s tem sta zagotovljena oba naslednja pogoja:

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

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

**IZJAVA PONUDNIKA O ORDINACIJSKEM ČASU KONCESIJSKE
DEJAVNOSTI**

Spodaj podpisani/a _____(priimek in ime
ponudnika), rojen/a _____(datum rojstva) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem
javnem razpisu v obsegu 0,50 programa oziroma od skupnega števila ur tedenskega ordinacijskega
časa (16 ur 15 minut) zagotovil ordinacijski čas za zavarovane osebe ZZZS najmanj v obsegu 1/5 s
pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej, pri čemer bom to zagotovil
v obsegu (obkroži številčno oznako v levem stolpcu):

1.	predpisane ene petine oziroma 20%, kar znaša	3 ure in 15 minut
2.	21%, kar znaša	3 ure in 25 minut
3.	22%, kar znaša	3 ure in 35 minut
4.	23%, kar znaša	3 ure in 45 minut
5.	24%, kar znaša	3 ure in 55 minut
6.	25%, kar znaša	4 ure in 5 minut
7.	26%, kar znaša	4 ure in 15 minut
8.	27%, kar znaša	4 ure in 25 minut
9.	28%, kar znaša	4 ure in 35 minut
10.	29%, kar znaša	4 ure in 45 minut
11.	30%, kar znaša	4 ure in 55 minut

podaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

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

Hkrati izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, opravljal/a
koncesijsko dejavnost v okviru spodaj navedenega ordinacijskega časa (odmor za malico ni vključen).

Tabela A – izpolnijo jo vsi ponudniki

	ORDINACIJSKI ČAS	
	DOPOLDANSKI (do 16. ure)	POPOLDANSKI (po 16. uri)
PONEDELJEK		
TOREK		
SREDA		
ČETRTEK		
PETEK		

Izjavljam, da brez predhodne odobritve Občine Trebnje in soglasja ZZZS zgoraj navedenega ordinacijskega časa, v času trajanja koncesijskega razmerja, ne bom spreminjal/a.

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

I Z J A V A O P R I Č E T K U Z D E L O M

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

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

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

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

I Z J A V A O PREVZEMU VSEH TISTIH ZAVAROVANIH OSEB, KI SO BILE
OPREDELJENE PRI DOSEDANJEM IZVAJALCU RAZPISANE KONCESIJE IN BODO V ROKU
ENEGA LETA TO ŽELELE

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prevzel vse tiste zavarovane osebe, ki so bile opredeljene pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo v roku enega leta to želele.

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

I Z J A V A
O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI, IZKUŠNJAH IN REFERENCAH PONUDNIKA TER
ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE
Merilo 9.1

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti), rojen/a . . . (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____
 _____ (stalni naslov),

_____ (naziv in sedež ponudnika)
 izjavljam, da

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (obkroži ustrezno in dodaj overjeno fotokopijo dokazila):

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

Priloge, ki izkazujejo zgoraj navedeno.

Kraj in datum: _____

 (podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

IZJAVA O OBDOBJU IZVAJANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI IZVAJALCA ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI OD PRIDOBITVE DOVOLJENJA ZA OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA
PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE DO VLOŽITVE PONUDBE
Merilo 9.2

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

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

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

Izjava odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti

Spodaj podpisani/a odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti _____
(priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

pri ponudniku _____
(naziv ponudnika)

rojen/a ____ . ____ . ____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem s sedežem v/na _____

(stalni naslov)

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

- A) imam na področju razpisane koncesije od dneva izdaje licence naprej za razpisano zdravstveno dejavnost skupaj ___let in ___mesecev delovnih izkušenj, pri čemer sem deloval pri naslednjih delodajalcih (poleg delodajalca obvezno navedite obdobje, v katerem je potekalo delovanje pri dotičnem delodajalcu):

imam na področju razpisane koncesije

Delodajalec	Pričetek izvajanja del (datum)	Zaključek izvajanja del (datum)

K tej izjavi prilagam fotokopijo veljavne licence (obvezna priloga). V primeru, da je bila veljavnost licenci podaljšana, je potrebno predložiti obe listini: prvotno izdano licenco in odločbo, ki izkazuje veljavnost licence v času vložitve ponudbe na ta javni razpis.

- B) v ponudbi ni priložena fotokopija licence za razpisano zdravstveno dejavnost, zato Občini Trebnje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Kraj in datum: _____

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

I Z J A V A O L O K A C I J I O R D I N A C I J E Merilo 9.3

Spodaj podpisani/a _____
 (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
 (naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
 (sedež ponudnika)

izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu ordinacijo za paciente zagotovil/a (**ustrezno obkroži**)

- a. **do 1000 m**
- b. **od 1001m do vključno 2000 m**
- c. **2001 in več metrov.**

od sedeža Zdravstvenega doma Trebnje (najkrajša razdalja merjena za pešce), kjer so dostopna javna parkirna mesta, lekarna in druge zdravstvene storitve. O sedežu ordinacije za paciente bom koncedenta pisno obvestil/a in je ne bom spreminjal/a brez njegovega izrecnega soglasja ves čas trajanja koncesijskega razmerja.

Kraj in datum: _____

 (podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

I Z J A V A O OPRAVLJANJU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE
KONCESIJE NA OBMOČJU OBČINE TREBNJE
Merilo 9.6

Spodaj podpisani/a _____
(priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika)

zakoniti zastopnik ponudnika _____
(naziv ponudnika)

s sedežem v/na _____
(sedež ponudnika)

izjavljam, da sem od dneva izdaje licence do vložitve ponudbe na ta javni razpis zdravstveno

dejavnost na območju občine Trebnje izvajal/a _____ let, _____ mesecev in _____ dni.

Kraj in datum: _____

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe)

Žig (če ponudnik posluje z žigom)

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

III/3 VZOREC KONCESIJSKE POGODBE

Občina Trebnje, Goliev trg 5, 8210 Trebnje, ki jo zastopa županja Mateja Povhe, matična številka: **5882958000**, identifikacijska številka za DDV: SI **34728317** (v nadaljnjem besedilu: koncedent)

in

XXXXXXXXXXXXXXXXXX, xxxxxxxxxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxxxxx (naziv pravne osebe in naslov), ki jo zastopa direktor xxxxxxxxxxxxxx, matična številka: xxxxxxxxxxxxxx, davčna številka: xxxxxxxxxxxxxx, (v nadaljevanju: koncesionar),

ali

XXXXXXXXXXXXXXXXXX, xxxxxxxxxxxxxx, xxxx xxxxxxxx (naziv samostojnega podjetnika in naslov), matična številka: xxxxxxxxxxxxxx, davčna številka: xxxxxxxxxxxxxx, (v nadaljevanju: koncesionar),

ali

XXXXXXXXXXXXXXXX, xxxxxxxx, xxxxxxxx (priimek, ime in naslov), matična številka: xxxxxxxxxxxxxx, davčna številka: xxxxxxxxxxxxxx, (v nadaljevanju: koncesionar),

skleneta naslednjo

KONCESIJSKO POGODBO

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

S to pogodbo se na podlagi 44.f 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, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZZK in 32/25; v nadaljevanju: ZZDej) in Odloka o podelitvi koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva za odrasle v občini Trebnje (Uradni list RS, št. 947/26) urejajo medsebojna razmerja v zvezi z opravljanjem javne zdravstvene službe na primarni ravni med Občino Trebnje (v nadaljevanju: Občina Trebnje ali koncedent) in izvajalcem koncesijske dejavnosti (v nadaljevanju: koncesionar) na podlagi podeljene koncesije, v skladu z Odločbo o podelitvi koncesije št. 014-16/xxxx-xx z dne xx. xx. xxxx (v nadaljevanju: odločba o podelitvi koncesije) ter se določijo pogoji, pod katerimi mora koncesionar opravljati koncesijsko dejavnost.

2. člen

Koncesija, ne glede na zakon, ki ureja javno zasebno partnerstvo, ni predmet dedovanja, prodaje, prenosa ali druge oblike pravnega prometa.

II. VRSTA IN OBSEG PROGRAMA TER VRSTA IN OBSEG ZDRAVSTVENIH STORITEV

3. člen

Koncesionar opravlja zdravstveno dejavnost kot javno službo na podlagi podeljene koncesije v občini Trebnje, na področju zobozdravstva odraslih, v obsegu **0,5 programa** (v nadaljevanju: koncesijska

dejavnost).

4. člen

Vrsta in obseg zdravstvenih storitev, ki se izvajajo v okviru koncesijske dejavnosti iz prejšnjega člena, so naslednje: zobozdravstvena dejavnost – zobozdravstveno varstvo odraslih (šifra dejavnosti: 402 001) v obsegu 0,50 programa tima.

5. člen

Koncesionar ter zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, zaposleni pri njem, so se, na podlagi pogodbe sklenjene med koncesionarjem in Zdravstvenim domom Trebnje, dolžni vključevati v program zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, v delu, v katerem gre za zdravstveno dejavnost, ki se izvaja v okviru neprekinjenega zdravstvenega varstva.

III. ODGOVORNI NOSILEC KONCESIJSKE DEJAVNOSTI, IZVAJALCI KONCESIJSKE DEJAVNOSTI IN NADOMEŠČANJE MED ODSOTNOSTJO

6. člen

Odgovorni nosilec koncesijske dejavnosti v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, zaposlen pri koncesionarju za polni delovni čas oziroma sorazmerno z obsegom programa, je:

- **xxxxxxxxxx**, xxxxxxxxx, xxxxxxxx (priimek, ime in naslov bivališča).

Koncesionar mora v primeru spremembe odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v 15 (petnajstih) dneh od nastanka spremembe ministrstvo, pristojno za zdravje, zaprositi za spremembo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Koncesionar v 15 dneh od izdaje novega dovoljenja koncedentu predloži to dovoljenje ali poda pisno soglasje koncedentu za pridobitev podatkov iz uradne evidence ministrstva. V primeru spremembe odgovornega nosilca koncesijske dejavnosti se izda nova odločba o podelitvi koncesije ter se sklene aneks k tej pogodbi.

Koncesijsko dejavnost pri koncesionarju izvaja (*se navaja v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, ne bo opravljal odgovorni nosilec koncesijske dejavnosti*):

- **xxxxxxxxxx**, xxxxxxxxx, xxxxxxxx (priimek, ime in naslov bivališča).

Nosilca koncesijske dejavnosti se spremeni z novo odločbo o podelitvi koncesije in z aneksom k tej pogodbi.

7. člen

Koncesionar je dolžan zagotoviti, da se koncesijska dejavnost izvaja le z zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci, zaposlenimi pri koncesionarju, razen za primer začasnega nadomeščanja koncesionarja oziroma pri njem zaposlenih, ko se lahko sklene podjemna pogodba z zdravstvenim delavcem ali zdravstvenim sodelavcem, zaposlenim pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v ali izven mreže javne zdravstvene službe, javnim zavodom ali z zasebnim zdravstvenim delavcem, ki opravlja zdravstveno dejavnost v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, ne pa z zdravstvenim delavcem ali zdravstvenim sodelavcem, ki posluje kot samostojni podjetnik posameznik.

Odgovorni nosilec oz. nosilec koncesijske dejavnosti izključno sam opravlja koncesijsko dejavnost, razen v primeru letnega dopusta, organiziranega izobraževanja, bolezni in druge upravičene odsotnosti, ko mora koncesionar, skladno s sklenjeno pogodbo z ZZZS, zagotoviti ustrezno nadomeščanje z enako usposobljenim kadrom.

Prejšnji odstavek tega člena velja tudi za primer vključevanja v program zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, če gre za vrsto zdravstvene dejavnosti, ki se zagotavlja v okviru neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Najkasneje ob prvem nadomeščanju je koncesionar za nadomestnega nosilca koncesijske dejavnosti dolžan posredovati koncedentu njegovo licenco oziroma aktualno odločbo o podaljšanju veljavnosti licence za opravljanje zdravstvene dejavnosti ali predložiti soglasje nadomestnega nosilca, da koncedentu dovoljuje pridobitev teh podatkov iz uradne evidence pristojne zbornice.

O datumu nadomeščanja in nadomestnem nosilcu, tudi za primer vključevanja v program zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva, če gre za vrsto zdravstvene dejavnosti, ki se zagotavlja v okviru neprekinjenega zdravstvenega varstva, je koncesionar dolžan predhodno ustrezno obvestiti:

- koncedenta v pisni obliki po elektronski pošti: obcina.trebnje@trebnje.si.
- Zdravstveni dom Trebnje kot izvajalca neprekinjenega zdravstvenega varstva, ki v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, zagotavlja neprekinjeno zdravstveno varstvo in
- uporabnike storitev na vidnem mestu v ordinacijskih prostorih.

IV. OBMOČJE IN LOKACIJA OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

8. člen

Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost na območju občine Trebnje izključno v ordinacijskih prostorih na naslovu **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**, xxxxxxxxxxxxxxxx, kar pa ne velja za delo na terenu in za primere vključevanja v program zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, v delu, v katerem gre za vrsto zdravstvene dejavnosti, ki se zagotavlja v okviru neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Sprememba lokacije opravljanja koncesijske dejavnosti je mogoča v skladu z določbami zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost, le po predhodnem soglasju koncedenta. Koncesionar mora po tem, ko je pridobil predhodno soglasje koncedenta k spremembi lokacije opravljanja koncesijske dejavnosti, v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost zaprositi ministrstvo, pristojno za zdravje, za spremembo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Koncesionar v 15 (petnajstih) dneh od izdaje novega dovoljenja koncedentu predloži to dovoljenje ali poda pisno soglasje koncedentu za pridobitev podatkov iz uradne evidence ministrstva. V primeru spremembe lokacije izvajanja koncesijske dejavnosti se izda nova odločba o podelitvi koncesije ter se sklene aneks k tej pogodbi.

V. ZAČETEK OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI IN OBDOBJE PODELITVE KONCESIJE

9. člen

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

10. člen

Koncesionar je dolžan najpozneje v enem (1) mesecu od podpisa te pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) skleniti pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti. Če koncesionar iz razlogov na njegovi strani v tem roku ne podpiše usklajene pogodbe o financiranju koncesijske dejavnosti, ZZZS o tem obvesti koncedenta, ki v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, odvzame koncesijo po uradni dolžnosti.

Koncesionar je dolžan začeti opravljati koncesijsko dejavnost najpozneje v roku XXX dni (*rok, h kateremu se je zavezal v oddani ponudbi*) oziroma največ 60 (šestdeset) dni od vročitve odločbe o podelitvi koncesije. V nasprotnem primeru koncedent v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, z odločbo odvzame koncesijo.

Koncesionar je dolžan v roku treh (3) delovnih dni od prejema podpisane koncesijske pogodbe koncedenta pisno obvestiti o datumu začetka opravljanja koncesijske dejavnosti.

11. člen

V skladu z odločbo o podelitvi koncesije, koncesionar v roku 15 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti koncedentu predloži pogodbo, sklenjeno z ZZSZ.

VI. ORDINACIJSKI ČAS KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

12. člen

Koncesionar je dolžan zagotoviti izvajanje koncesijske dejavnosti v okviru naslednjega ordinacijskega časa (v nadaljevanju: ordinacijski čas koncesijske dejavnosti), ki znaša skupaj **xx ur in xx minut** tedensko (odmor za malico ni vključen):

Priimek in ime nosilca koncesijske dejavnosti		
	dopoldne (do 16h)	popoldne (po 16h)
ponedeljek		
torek		
sreda		
četrtek		
petek		

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

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

13. člen

V ordinacijskem času koncesijske dejavnosti iz prejšnjega člena sme koncesionar opravljati izključno zdravstvene storitve, ki sodijo v koncesijsko dejavnost.

Storitve iz tržne dejavnosti koncesionar opravlja v času, ki ni namenjen koncesijski dejavnosti, razen kadar je tržni del storitve mogoče opraviti istočasno oziroma s standardom, ki presega s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja priznani standard (npr. uporaba nadstandardnega materiala v primeru storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja), pri čemer se ordinacijski čas, namenjen opravljanju tržne dejavnosti, določi v ceniku, ki ga objavi na svojih spletnih straneh in na vidnem mestu v čakalnici oziroma svojem običajnem oglasnem mestu.

VII. NAČIN FINANCIRANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

14. člen

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

Do sklenitve pogodbe iz prejšnjega odstavka koncesionar ne sme začeti z opravljanjem koncesijske dejavnosti, njeno financiranje pa ni dopustno.

Koncesionar mora pogodbo z ZZZS obnavljati skladno s pogoji razpisa ZZZS za obseg zdravstvene dejavnosti, za katerega je podeljena koncesija in koncedentu v roku 15 dni po sklenitvi posredovati vsakokratno veljavno pogodbo z ZZZS.

VIII. DRUGE PRAVICE IN OBVEZNOSTI KONCESIONARJA

15. člen

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

Prav tako je koncesionar dolžan:

- ves čas izvajati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo o podelitvi koncesije, to pogodbo, splošnimi akti koncedenta, določili veljavne pogodbe o financiranju koncesijske dejavnosti, sklenjene z ZZZS, splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo in drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost ter z načrti in programi na področju zdravstvenega varstva,
- prevzeti zavarovane osebe, ki so bile opredeljene pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije (*navedba prejšnjega koncesionarja*) in ki bodo v roku enega leta od pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti to želele,
- sprejeti vse paciente, ki pri njem uveljavljajo pravico do zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne glede na njihovo zdravstveno stanje, pri čemer take paciente v primeru obstoja čakalne dobe uvrsti na čakalni seznam v skladu z zakonom, ki ureja naročanje in upravljanje čakalnih seznamov, oziroma odkloni v primeru preseganja povprečnega števila opredeljenih v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje,
- ločeno voditi računovodske evidence po posameznih dejavnostih in v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, o njih poročati pristojnim organom,
- na zahtevo koncedenta v roku, ki ga določi koncedent, poročati o svojem finančnem poslovanju v delu, ki se nanaša na opravljanje koncesijske dejavnosti,
- na zahtevo koncedenta naročiti zunanjo revizijo vodenja ločene računovodske evidence glede opravljanja koncesijske dejavnosti, ki se izvede na stroške koncesionarja,
- zagotavljati diagnostične in terapijske storitve po pogodbi z ustrezno službo,
- 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,

- zagotavljati vključevanje v strokovno izpopolnjevanje ter zagotavljati izpolnjevanje predpisanih pogojev in pogojev pristojne zbornice glede strokovne usposobljenosti zaposlenih za nadaljnje delo,
- zagotavljati vzpostavitev vseh oblik notranjega nadzora ter sistema kakovosti v zdravstvu,
- biti vključen v enotni zdravstveno-informacijski sistem, ki je organiziran na nacionalni ravni v skladu z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva,
- za zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, meriti delovno obremenitev zaposlenih v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost,
- zagotoviti hrambo zdravstvene dokumentacije pacientov in kriti morebitne stroške hrambe,
- ob vsaki spremembi te pogodbe v roku 15 dni po vročitvi aneksa k pogodbi oziroma po vročitvi nove pogodbe o tem ustrezno obvestiti ZZS v pisni obliki. Obvestilu mora priložiti fotokopijo aneksa k tej pogodbi oz. fotokopijo nove pogodbe.

Koncesionar je ob vsaki spremembi dovoljenja za opravljanje koncesijske dejavnosti dolžan koncedentu v roku 15 dni od izdaje posredovati dovoljenje oziroma 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.

IX. NADZOR IN POROČANJE O OPRAVLJANJU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

16. 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.

X. PRENEHANJE KONCESIJSKE POGODBE TER RAZLOGI IN POGOJI ZA NJENO

ODPOVED

17. 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 tej koncesijski pogodbi,
- če je koncesijska odločba pravnomočno 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 deset (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 deset (10) mesecev od dneva odpovedi te pogodbe. Koncedent lahko določi tudi drugačen način izvajanja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno zakonodajo.

V primeru prenehanja koncesijske pogodbe koncesionar izroči vso zdravstveno dokumentacijo Zdravstvenemu domu Trebnje ali začasnemu prevzemniku koncesije.

18. člen

Če koncesionar neprekinjeno več kot šest mesecev zaradi bolezni, varstva in vzgoje otroka ali izobraževanja odgovornega nosilca in/ali nosilca (v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, ne opravlja odgovorni nosilec koncesijske dejavnosti) ali drugih upravičenih razlogov ne more ali ne bi mogel opravljati koncesijske dejavnosti, se koncesionar in koncedent z aneksom 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 mu koncesija odvzame.

19. 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, ga pisno opozori na kršitve, ki so razlog za odvzem koncesije in mu določi rok za odpravo kršitev.

Rok za odpravo kršitev se določi tudi:

- če koncesijske dejavnosti ne opravlja odgovorni nosilec oziroma nosilec koncesijske dejavnosti, naveden v 6. členu te pogodbe, oziroma je ne opravlja izključno tisti, ki je določen, da ga začasno nadomešča v primeru upravičene odsotnosti,
- če koncesionar v pisni obliki ali po elektronski pošti predhodno ne obvesti koncedenta o ustreznem nadomeščanju in koncedentu za nadomestnega nosilca ne posreduje njegove licence oziroma aktualne odločbe o podaljšanju licence za opravljanje zdravstvene dejavnosti oziroma njegovega soglasja, da koncedentu dovoljuje pridobitev teh podatkov iz uradne evidence pristojne zbornice,
- če koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v ordinacijskem času koncesijske dejavnosti, opredeljenem v tej pogodbi,
- če koncesionar v okviru ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti opravlja dejavnosti, ki ne sodijo v koncesijsko dejavnost,
- če koncesionar koncesijske dejavnosti ne opravlja izključno v ordinacijskih prostorih na lokaciji, opredeljeni v tej pogodbi,
- če koncesionar ne deluje v skladu z veljavno pogodbo z ZZZS in predpisi ZZZS,
- če koncesionar ne sklene oziroma ne deluje v skladu z veljavno pogodbo, sklenjeno z Zdravstvenim domom Trebnje za opravljanje dejavnosti neprekinjenega zdravstvenega varstva,
- če koncesionar ovira koncedenta pri izvajanju nadzora,

- če koncesionar ne predloži koncedentu ustreznega zahtevanega poročila v roku, ki ga je ta določil.

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

20. člen

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

Koncedent z odločbo odvzame koncesijo tudi v naslednjih primerih:

- če je koncesionarju odvzeto dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti v skladu zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost,
- če ZZZS koncedenta obvesti o hujših kršitvah pogodbenih obveznosti iz pogodbe o financiranju koncesijske dejavnosti in predlaga odvzem koncesije,
- če koncesionar krši predpise s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, kakovosti v zdravstvu, delovnih razmerij, davkov in prispevkov za socialno varnost, računovodstva in drugih predpisov v delu, ki se nanašajo na opravljanje zdravstvene dejavnosti,
- če koncesionar ne začne opravljati koncesijske dejavnosti v roku, ki ga določa koncesijska odločba,
- če koncesionar neprekinjeno ne opravlja koncesijske dejavnosti šest mesecev ali dlje iz razlogov, ki jih ne določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, neprekinjeno več kot šest mesecev ne opravlja koncesijske dejavnosti in ne podpiše dodatka h koncesijski pogodbi o začasnem opravljanju koncesijske dejavnosti za obdobje največ dveh (2) let,
- če koncesionar v roku 15 dni koncedentu ni sporočil sprememb, povezanih z izpolnjevanjem pogojev za izdajo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost ali pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost,
- če bi se zaradi spremembe obsega programa v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, tekom koncesijskega razmerja obseg programa zmanjšal pod obseg, ki ga kot minimalni določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, oziroma pod obseg 80 odstotkov obsega programa, določenega v koncesijski odločbi, kot to določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost,
- če koncesionar ne izpolnjuje pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost,
- če koncesionar krši koncesijsko odločbo ali koncesijsko pogodbo,
- če koncesionar prenese koncesijo na tretjo osebo oziroma se v času trajanja koncesijskega razmerja spremeni pravni status oziroma dejanski lastnik koncesionarja v nasprotju zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost,
- če koncesionar nima urejenega zavarovanja odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo,
- če je koncesionar v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica,

- če koncesionar koncesijske dejavnosti ne opravlja v ordinacijskih prostorih na naslovu, navedenem v odločbi in tej pogodbi,
- če koncesionar ob vsaki spremembi pogodbe z ZZZS v roku 15 dni po spremembi pogodbe, skladno s to pogodbo, koncedenta ne obvesti o spremembi,
- če ZZZS prekine ali ne sklene pogodbe s koncesionarjem zaradi koncesionarjevega kršenja pogodbenih obveznosti,
- če Zdravstveni dom Trebnje 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 odkloni sklenitev pogodbe z Zdravstvenim domom Trebnje, ki bi bila skladna 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 15 dni od prenehanja veljavnosti pogodbe o zaposlitvi odgovornega nosilca oziroma nosilca koncesijske dejavnosti pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev,
- če koncesionar najkasneje v roku 15 dni od odvzema ali nepodaljšanja licence za samostojno opravljanje zdravniške službe odgovornemu nosilcu oziroma nosilcu koncesijske dejavnosti pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev,
- če koncesionar najkasneje v roku 15 dni od pravnomočnosti sodbe, s katero je bil odgovornemu nosilcu oziroma nosilcu koncesijske dejavnosti izrečen ukrep prepovedi opravljanja zdravstvene službe oz. poklica, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev.

Pred odvzemom koncesije koncedent koncesionarja pisno opozori na kršitve, ki so razlog za odvzem koncesije in mu določi primeren rok za odpravo kršitev.

Če koncesionar ugotovljenih kršitev ne odpravi v roku, ki ga je določil koncedent, se mu koncesija odvzame z odločbo. Z odločbo se določijo tudi ukrepi, ki so potrebni za nemoteno opravljanje koncesijske dejavnosti do podelitve koncesije drugemu izvajalcu.

Predhodno opozorilo ni potrebno, če gre za kršitve, ki vsebujejo elemente kaznivega dejanja, če gre za primere iz prve, četrte in desete alineje 20. člena te pogodbe ali če gre za odvzem koncesije zaradi opustitve opravljanja koncesijske dejavnosti za več kot dve leti.

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

Najkasneje v roku enega meseca je koncesionar dolžan o tem obvestiti vse svoje uporabnike storitev ter predati zdravstveno dokumentacijo uporabnikov storitev Zdravstvenemu domu Trebnje ali začasnemu prevzemniku koncesije.

XI. ODGOVORNOST KONCESIONARJA ZA ŠKODO TRETJIM OSEBAM

21. člen

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

Koncesionar je odgovoren za ravnanje zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki pri njem opravljajo zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije,

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

XII. PROTIKORUPCIJSKA KLAVZULA

22. 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 s predpisi Republike Slovenije.

XIII. KONČNE DOLOČBE

23. člen

Pooblaščen predstavnik koncedenta, ki nadzoruje izvajanje te pogodbe, je _____, in je hkrati skrbnik pogodbe.

Na strani koncesionarja je za izvajanje pogodbe odgovoren _____.

O morebitni spremembi skrbnika te pogodbe se koncesionarja pisno obvesti.

24. člen

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

25. člen

V primeru neskladja med koncesijsko odločbo in koncesijsko pogodbo velja ureditev, kot je določena v koncesijski odločbi.

26. člen

Pogodbeni stranki bosta morebitne spore iz te pogodbe reševali sporazumno. Če to ne bo mogoče, bo spore reševalo stvarno pristojno sodišče po sedežu koncedenta.

27. člen

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

28. člen

Ta pogodba je sestavljena v 3 (treh) izvodih, od katerih dobi koncesionar 1 (en) izvod, koncedent pa 2 (dva) izvoda.

Številka: XXX
Kraj in datum: XXX

Številka: XXX
Trebnje, dne XXX

KONCESIONAR

KONCEDENT

xxxxxxx
(podpis koncesionarja oziroma
zakonitega zastopnika pravne osebe
oziroma samostojnega podjetnika)

Županja Občine
Trebnje
Mateja Povhe

(žig – če ga koncesionar uporablja)