

## 6. OBRAZCI IZJAV

### 6.1. Izjava o izpolnjevanju zakonskih pogojev

OBRAZEC 3-F
<b>6.1.1. Ponudnik (fizična oseba)</b>

#### IZJAVA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH POGOJEV (fizične osebe)

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_  
(ime in priimek ponudnika)

izjavljam, da:

- izpolnjujem pogoje za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz 3.a člena ZZDej in ga bom najkasneje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe pridobil in dostavil koncedentu,
- bom sam odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti,
- bom najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti imel zaposlene ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije,
- mi v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej,
- ob podaji vloge nisem v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica,
- bom pred sklenitvijo koncesijske pogodbe sklenil z javnim zdravstvenim zavodom pogodbo o obsegu in vrstah sodelovanja za potrebe izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva,
- bom imel pred sklenitvijo koncesijske pogodbe v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike,
- ob podaji vloge ne obstajajo obvezni izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih javnih naročil po prvem, drugem in četrtem odstavku 75. člena Zakona o javnem naročanju (ZJN-3).

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**6.1.2 Ponudnik (pravna oseba)****IZJAVA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH POGOJEV (pravne osebe)**

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

(ime in priimek ponudnika)

izjavljam, da:

- pravna oseba izpolnjuje pogoje za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz 3.a člena ZZDej in ga bo najkasneje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe pridobila in dostavila koncedentu,
- bo pravna oseba najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti imela zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za polni delovni čas,
- bo najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti pravna oseba imela zaposlene ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali zakona, ki ureja zdravniško službo in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije,
- pravni osebi v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej,
- pravna oseba ob podaji vloge ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica,
- bo pravna oseba pred sklenitvijo koncesijske pogodbe sklenila z javnim zdravstvenim zavodom pogodbo o obsegu in vrstah sodelovanja za potrebe izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva,
- bo imela pravna oseba pred sklenitvijo koncesijske pogodbe v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike,
- ob podaji vloge ne obstajajo obvezni izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih javnih naročil po prvem, drugem in četrtem odstavku 75. člena Zakona o javnem naročanju (ZJN-3).

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

PONUDNIK:

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

ŽIG  
(pravna oseba)

Spodaj podpisani predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti

\_\_\_\_\_

(ime in priimek predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

izjavljam, da:

- izpolnjujem pogoje, ki jih 3.a člen ZZDej določa za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti,
- mi v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44. j člena ZZDej,
- nisem v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.

ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI:  
(podpis predvidenega odg. nosilca zdravstvene dejavnosti  
pri pravni osebi)

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

## 6.2. Izjava o delovnem razmerju

OBRAZEC 4-F

### 6.2.1. Ponudnik (fizična oseba)

#### IZJAVA O DELOVNEM RAZMERJU

**a) Izpolni samo tisti ponudnik, ki ni v delovnem razmerju**

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_  
(ime in priimek ponudnika)

izjavljam, da v času prijave na javni razpis nisem v delovnem razmerju.

**b) Izpolni samo tisti ponudnik, ki je v delovnem razmerju**

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_  
(ime in priimek ponudnika)

izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije prekinil/a delovno razmerje pri

\_\_\_\_\_  
(naziv in sedež sedanjega delodajalca)

najkasneje zadnji dan pred rokom začetka izvajanja koncesije in začel/a opravljati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo o podelitvi koncesije in koncesijsko pogodbo.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**6.2.2. Ponudnik (pravna oseba)****IZJAVA O DELOVNEM RAZMERJU**

- a) Izpolnijo samo tisti predvideni odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi, ki niso nikjer v delovnem razmerju**

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_  
(ime in priimek predvidenega odgovornega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

izjavljam, da v času prijave na javni razpis nisem nikjer v delovnem razmerju.

- b) Izpolnijo samo tisti predvideni odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi, ki so v delovnem razmerju pri pravni osebi, ki se prijavlja na razpis**

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_  
(ime in priimek predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi)

izjavljam, da sem v času prijave na javni razpis v delovnem razmerju pri pravni osebi, ki se prijavlja na razpis in da bom v primeru podelitve razpisane koncesije v roku začetka izvajanja koncesije, ki je naveden v ponudbi, pri tej pravni osebi začel opravljati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo in pogodbo o koncesiji.

- c) Izpolnijo samo tisti predvideni odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi, ki so v delovnem razmerju pri drugem delodajalcu**

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_  
(ime in priimek predvidenega odgovornega nosilca koncesijske dejavnosti pri pravni osebi)

izjavljam, da sem v času prijave na javni razpis v delovnem razmerju pri drugem delodajalcu: \_\_\_\_\_  
(naziv delodajalca)

in da mi bo pri tem drugem delodajalcu v primeru podelitve razpisane koncesije, delovno razmerje prenehalo najpozneje zadnji dan pred rokom začetka izvajanja koncesije, tako da bom lahko pri pravni osebi, ki se prijavlja na razpis, začel opravljati koncesijsko dejavnost v skladu z odločbo in pogodbo o koncesiji.

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

PONUĐNIK  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

ŽIG  
(pravna oseba)

ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI  
(podpis predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi)

**6.3 Izjava o izpolnjevanju pogojev – glede ustreznosti prostorskih in kadrovskih pogojev ter opreme**

OBRAZEC 5-F

**6.3.1. Ponudnik (fizična oseba)**

**IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV –  
glede ustreznosti prostorskih in kadrovskih pogojev ter opreme**

Podpisani ponudnik:

\_\_\_\_\_  
(ime in priimek ponudnika)

**izjavljam,**

da imam za opravljanje koncesijske dejavnosti zagotovljene ustrezne prostore na območju Mestne občine Maribor (znotraj Mestne četrti Nova vas), opremo ter kadre, in sicer na naslovu:

\_\_\_\_\_.

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

**PONUĐNIK:**  
(podpis ponudnika)

**6.3.2. Ponudnik (pravna oseba)****IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV –  
glede ustreznosti prostorskih in kadrovskih pogojev ter opreme**

Ponudnik

\_\_\_\_\_  
(naziv pravne osebe)

ki ga zastopa

\_\_\_\_\_  
(ime in priimek zastopnika pravne osebe)**izjavljam,**

da imamo za opravljanje koncesijske dejavnosti zagotovljene ustrezne prostore na območju Mestne občine Maribor (znotraj Mestne četrti Nova vas), opremo ter kadre, in sicer na naslovu:

\_\_\_\_\_

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

**PONUĐNIK**  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)**ŽIG**  
(pravna oseba)**ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**  
(podpis predvidenega odgovornega nosila zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi)

#### 6.4 Izjava o začetku opravljanja koncesijske dejavnosti

OBRAZEC 6-F

##### 6.4.1. Ponudnik (fizična oseba)

#### IZJAVA PONUDNIKA – ZAČETEK OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

Podpisani ponudnik:

\_\_\_\_\_ (ime in priimek ponudnika)

**izjavljam,**

da bom v primeru dodelitve koncesije začel z opravljanjem razpisane dejavnosti najkasneje v roku 1 meseca od dneva sklenitve pogodbe z ZZZS.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**6.4.2. Ponudnik (pravna oseba)****IZJAVA PONUDNIKA – ZAČETEK OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI**

Ponudnik

\_\_\_\_\_  
(naziv pravne osebe)

ki ga zastopa \_\_\_\_\_

(ime in priimek zastopnika pravne osebe)

**izjavljam,**

da bo pravna oseba v primeru dodelitve koncesije začela z opravljanjem razpisane dejavnosti najkasneje v roku 1 meseca od dneva sklenitve pogodbe z ZZS.

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

PONUĐNUK:  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)ŽIG  
(pravna oseba)



## 6.5 Izjava o znanju slovenskega jezika

OBRAZEC 7-F

### 6.5.1. Ponudnik (fizična oseba)

#### IZJAVA PONUDNIKA – O ZNANJU SLOVENSKEGA JEZIKA

Podpisani ponudnik:

\_\_\_\_\_

(ime in priimek ponudnika)

**pod kazensko in materialno odgovornostjo  
izjavljam,**

da aktivno obvladam slovenski jezik.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**6.5.2. Ponudnik (pravna oseba)****IZJAVA PONUDNIKA – O ZNANJU SLOVENSKEGA JEZIKA**

Ponudnik

\_\_\_\_\_  
(naziv pravne osebe)

ki ga zastopa

\_\_\_\_\_  
(ime in priimek zastopnika pravne osebe)

izjavljam, da aktivno obvladam slovenski jezik.

Spodaj podpisani predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti

\_\_\_\_\_  
(ime in priimek predvidenega odgovornega nosila zdravstvene dejavnosti)

izjavljam, da aktivno obvladam slovenski jezik.

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

PONUĐNIK  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)ŽIG  
(pravna oseba)ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI  
(podpis predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene  
dejavnosti pri pravni osebi)

**6.6 Izjava o prevzemu zavarovanih oseb (pacientov oziroma bolnikov)**

OBRAZEC 8-F

**6.6.1. Ponudnik (fizična oseba)**

**IZJAVA PONUDNIKA O PREVZEMU ZAVAROVANIH OSEB (PACIENTOV OZ. BOLNIKOV)  
DOSEDANJE KONCESIONARKE, NA DOLOČENEM OBMOČJU DELA**

Podpisani ponudnik:

\_\_\_\_\_ (ime in priimek ponudnika)

**izjavljam,**

da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, prevzel vse paciente oziroma bolnike dosedanje koncesionarke, ki bodo to želeli oziroma jih ne bom oviral pri izbiri morebitnega drugega izvajalca te dejavnosti.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**6.6.2. Ponudnik (pravna oseba)****IZJAVA PONUDNIKA O PREVZEMU ZAVAROVANIH OSEB (PACIENTOV OZ. BOLNIKOV)  
DOSEDANJE KONCESIONARKE, NA DOLOČENEM OBMOČJU DELA**

Ponudnik

\_\_\_\_\_  
(naziv pravne osebe)

ki ga zastopa

\_\_\_\_\_  
(ime in priimek zastopnika pravne osebe)

in predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti

\_\_\_\_\_  
(ime in priimek predvidenega odgovornega nosila zdravstvene dejavnosti)**izjavljam,**

da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, prevzel vse paciente oziroma bolnike dosedanje koncesionarke, ki bodo to želeli oziroma jih ne bom oviral pri izbiri morebitnega drugega izvajalca te dejavnosti.

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

**PONUĐNIK**  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)ŽIG  
(pravna oseba)**ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**  
(podpis predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene  
dejavnosti pri pravni osebi)

## 7. OBRAZEC - Merila za ocenitev ponudb

OBRAZEC M-F

### 7.1 Ponudnik - fizična oseba

#### 7.1.1 Delovna doba pri opravljanju razpisane dejavnosti

Ponudnik sem imel na dan objave javnega razpisa \_\_\_\_\_ let \_\_\_\_\_ mesecev delovne dobe v razpisani dejavnosti.

##### **Dokazila:**

Potrdilo delodajalca ali delodajalcev, pri katerih je bil ponudnik v delovnem razmerju in je opravljal razpisano dejavnost in kolikšno je bilo to obdobje ali fotokopijo delovne knjižice oz. potrdila (izpisa) Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ), iz katere so razvidni ti podatki in dokazilo o opravljeni specializaciji.

#### 7.1.2 Dodatno strokovno izobraževanje

Ponudnik imam opravljeno \_\_\_\_\_ (vnesi število) dodatnih strokovnih izobraževanj v zvezi z izvajanjem dejavnosti na razpisanem področju.

##### **Dokazila:**

Kot **dokazilo** za dodatno strokovno izobraževanje ponudnika velja Potrdilo o opravljenih tečajih ali drugih strokovnih izobraževanja v zvezi z izvajanjem dejavnosti na razpisanem področju, ki jih je izdala pristojna ustanova oziroma izvajalec izobraževanja.

Pri tem se kot dodatno strokovno izobraževanje ne šteje pasivna prisotnost na seminarjih, kongresih in podobno, temveč le dodatno izobraževanje, s katerim je ponudnik dosegel višjo oziroma dodatno usposobljenost za izvajanje dejavnosti na področju splošne medicine oziroma aktivna udeležba na izobraževanjih, kar izhaja iz dokazila.

#### 7.1.3 Reference ponudnika oziroma odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti

Ponudnik ponudbi prilagam \_\_\_\_\_ (vpiši število) referenc oziroma potrdil.

##### **Dokazila:**

Priložene reference in potrdila.

Upoštevale se bodo le reference, ki jih izda izdajatelj, ki opravlja zdravstveno dejavnost, neposredno povezano z razpisano zdravstveno dejavnostjo. Kot reference se upoštevajo tudi potrdila o aktivnem izvajanju funkcije v Zdravniški zbornici Slovenije, na ministrstvu za zdravje, na Medicinski fakulteti ali ustanovi, ki je povezana z razpisno dejavnostjo oz. je povezana s strokovnostjo ponudnika oz. odgovornega nosilca, kar povečuje strokovnost ponudnika. Koncedent si pridržuje pravico, da reference pri izdajatelju preveri.

#### 7.1.4 Ugotovitve nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej pri ponudniku

V kolikor ponudnik nima negativnih referenc (76. člen ZZDej), podpiše spodnjo izjavo.

IZJAVA

Ponudnik \_\_\_\_\_ (ime in priimek ponudnika)

izjavljam,

da nimam negativnih referenc v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu 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 in 64/17).

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

#### 7.1.5 Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti

***Ponudnik dokazuje izpolnjevanje merila tako, da izpolni zahtevane podatke oziroma obkroži ustrezne odgovore.***

Oddaljenost parkirnih prostorov za osebna vozila od predvidene lokacije ordinacije je \_\_\_\_\_ m.  
Oddaljenost postaje mestnega javnega avtobusnega prometa od predvidene lokacije ordinacije je \_\_\_\_\_ m.

Ordinacijski prostori, v katerih se bo izvajala razpisana dejavnost, imajo zagotovljen dostop za invalide oziroma ljudi z različnimi oblikami oviranosti:      DA/NE (ustrezno obkroži)

#### 7.1.6 Dodatne storitve za občane Mestne občine Maribor

Ponudnik bom poleg že ponujenih storitev s področja splošne medicine, ki jih financira ZZZS, zagotavljal občanom Mestne občine Maribor še naslednje storitve, za katere sem primerno usposobljen in razpolagam z ustrezno opremo za njihovo izvajanje:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Če ponudnik posameznega od zahtevanih dokazil za vrednotenje ponudbe ne bo predložil s ponudbo v razpisnem roku, ga kasneje ne bo smel, ker Zakon o javno-zasebnem partnerstvu tega ne dovoljuje. Koncedent v takem primeru ne bo mogel ovrednotiti ponudbe po posameznem merilu in bo ponudniku po tem merilu dodelil 0 točk.**

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**7.2 Ponudnik (pravna oseba)****7.2.1 Delovna doba pri opravljanju razpisane dejavnosti:**

Spodaj podpisani, kot predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi, sem imel na dan objave javnega razpisa \_\_\_\_\_ let \_\_\_\_\_ mesecev delovne dobe v razpisani dejavnosti.

**Dokazila:**

Potrdilo delodajalca ali delodajalcev, pri katerih je bil predvideni nosilec zdravstvene dejavnosti v delovnem razmerju in je opravljal razpisano dejavnost in kolikšno je bilo to obdobje ali fotokopijo delovne knjižice oz. potrdila (izpisa) Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ), iz katere so razvidni ti podatki.

**7.2.2 Dodatno strokovno izobraževanje**

Predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi imam opravljeno \_\_\_\_\_ (vnesi število) dodatnih strokovnih izobraževanj v zvezi z izvajanjem dejavnosti na razpisanem področju.

**Dokazila:**

Kot dokazilo za dodatno strokovno izobraževanje predvidenega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi velja Potrdilo o opravljenih tečajih ali drugih strokovnih izobraževanja v zvezi z izvajanjem dejavnosti na razpisanem področju, ki jih je izdala pristojna ustanova oziroma izvajalec izobraževanja. Pri tem se kot dodatno strokovno izobraževanje ne šteje pasivna prisotnost na seminarjih, kongresih in podobno, temveč le dodatno izobraževanje, s katerim je ponudnik dosegel višjo oziroma dodatno usposobljenost za izvajanje dejavnosti na razpisanem področju oziroma aktivna udeležba na izobraževanjih, kar izhaja iz dokazila.

**7.2.3 Reference ponudnika oziroma odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti**

Ponudnik ponudbi prilagam \_\_\_\_\_ (vpiši število) referenc oziroma potrdil.

**Dokazila:**

Priložene reference in potrdila.

Upoštevale se bodo le reference za ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku, ki jih izda izdajatelj, ki opravlja zdravstveno dejavnost, neposredno povezano z razpisano zdravstveno dejavnostjo. Kot reference se upoštevajo tudi potrdila o aktivnem izvajanju funkcije v Zdravniški zbornici Slovenije, na ministrstvu za zdravje, na Medicinski fakulteti ali ustanovi, ki je povezana z razpisno dejavnostjo oz. je povezana s strokovnostjo ponudnika oz. odgovornega nosilca, kar povečuje strokovnost ponudnika. Koncedent si pridržuje pravico, da reference pri izdajatelju preveri.

**7.2.4 Ugotovitve nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej pri ponudniku**

V kolikor ponudnik in odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti nimata negativnih referenc (76. člen ZZDej), podpišeta spodnjo izjavo.

IZJAVA

Ponudnik \_\_\_\_\_ (ime in priimek ponudnika) in

odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri ponudniku \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (ime in priimek predvidenega odgovornega  
nosila zdravstvene dejavnosti)

izjavljava,

da nimava negativnih referenc v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu 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 in 64/17).

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

PONUĐNIK  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

ŽIG  
(pravna oseba)

ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI  
(podpis predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene  
dejavnosti pri pravni osebi)

#### **7.2.5 Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti**

***Ponudnik dokazuje izpolnjevanje merila tako, da izpolni zahtevane podatke oziroma obkroži ustrezne odgovore.***

Oddaljenost parkirnih prostorov za osebna vozila od predvidene lokacije ordinacije je \_\_\_\_\_ m.  
Oddaljenost postaje mestnega javnega avtobusnega prometa od predvidene lokacije ordinacije je \_\_\_\_\_ m.

Ordinacijski prostori, v katerih se bo izvajala razpisana dejavnost, imajo zagotovljen dostop za invalide oziroma ljudi z različnimi oblikami oviranosti: DA/NE (ustrezno obkroži)

#### **7.2.6 Dodatne storitve za občane Mestne občine Maribor**

Ponudnik bom poleg že ponujenih storitev splošne medicine, ki jih financira ZZZS, zagotavljal občanom Mestne občine Maribor še naslednje storitve, za katere sem primerno usposobljen in razpolagam z ustrežno opremo za njihovo izvajanje:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

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

PONUĐNIK  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

ŽIG  
(pravna oseba)

ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI  
(podpis predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene  
dejavnosti pri pravni osebi)