



**OBČINA DUPEK**  
Trg slovenske osamosvojitve 1  
2241 Sp. Duplek

## **RAZPISNA DOKUMENTACIJA**

**za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na primarni ravni na  
področju fizioterapije na območju Občine Duplek**

**Javni razpis objavljen na spletni strani Občine Duplek [www.duplek.si](http://www.duplek.si) in  
portalu javnih naročil dne  
29.5.2018**

Številka: 0142-2/2018-2  
Datum: 28.5.2018

## KAZALO

<b>1. POVABILO K ODDAJI PONUDBE</b> .....	<b>3</b>
<b>2. NAVODILA ZA PRIPRAVO IN PREDLOŽITEV PONUDBE</b> .....	<b>4</b>
2.1. VELJAVNA ZAKONODAJA.....	4
2.2. IZDELAVA PONUDBE.....	4
2.3. POGOJI ZA PRAVILNOST PONUDBE .....	4
2.4. POJASNILA V ZVEZI Z RAZPISNO DOKUMENTACIJO .....	5
2.5. SPREMEMBE IN DOPOLNITVE RAZPISNE DOKUMENTACIJE .....	5
2.6. NAČIN, KRAJ IN ČAS ODDAJE PONUDBE.....	6
2.7. ODPIRANJE PONUDB.....	6
2.8. VRSTA, OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA PROGRAMOV ZDR. DEJAVNOSTI.....	6
2.9. ROK TRAJANJA KONCESIJE .....	6
2.10. MERILA ZA IZBOR PONUDNIKA.....	7
2.11. OPOZORILO IZBRANEMU PONUDNIKU .....	9
2.12. POSTOPEK IN ROK ZA IZBOR KONCESIONARJA .....	10
<b>3. OBRAZEC PONUDBE</b> .....	<b>11</b>
3.1 PONUDNIK (FIZICNA OSEBA) <input type="checkbox"/> OBR 1-F.....	11
3.2 PONUDNIK (PРАВNA OSEBA) <input type="checkbox"/> OBR 1-P.....	12
<b>4. OBRAZEC IZJAVE, DA PONUDNIK SPREJEMA POGOJE RAZPISNE DOKUMENTACIJE IN POOBLASTILO</b> .....	<b>13</b>
4.1 PONUDNIK (FIZIČNA OSEBA) <input type="checkbox"/> OBR 2-F.....	13
4.2 PONUDNIK (PРАВNA OSEBA) <input type="checkbox"/> OBR 2-P.....	14
<b>5. UGOTAVLJANJE IZPOLNJEVANJA POGOJEV PONUDNIKA IN NAVODILO O NAČINU DOKAZOVANJA IZPOLNJEVANJA POGOJEV</b> .....	<b>15</b>
5.1. POGOJI ZA PONUDBO.....	15
5.2. DOKAZILA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV.....	15
<b>6. OBRAZCI IZJAV</b> .....	<b>18</b>
6.1. IZJAVA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH POGOJEV .....	18
6.1.1. FIZIČNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 3-F.....	18
6.1.2. PРАВNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 3-P.....	19
6.2. IZJAVA O DELOVNEM RAZMERJU .....	20
6.2.1. FIZIČNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 4-F.....	20
6.2.2. PРАВNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 4-P.....	21
6.3. IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV .....	22
6.3.1. FIZIČNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 5-F.....	22
6.3.2. PРАВNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 5-P.....	23
6.4. IZJAVA O ZAČETKU OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI.....	24
6.4.1. FIZIČNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 6-F.....	24
6.4.2. PРАВNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 6-P.....	25
6.5. IZJAVA O OPRAVLJANJU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI .....	26
6.5.1. FIZIČNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 7-F.....	26
6.5.2. PРАВNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR 7-P.....	27
6.6. IZJAVA O O ZAGOTAVLJANJU SPORAZUMEVANJA V ITALIJANSKEM JEZIKU .....	28
<b>7. OBRAZEC MERIL</b> <input type="checkbox"/>	
7.1. OBRAZEC MERIL PONUDNIK - FIZIČNA OSEBA .....	30
7.2. OBRAZEC MERIL PONUDNIK - PРАВNA OSEBA <input type="checkbox"/> OBR M-P.....	33
<b>PRILOGA A</b>	
<b>PRILOGA B</b>	
<b>8. VZOREC KONCESIJSKE POGODBE</b> .....	<b>39</b>

## 1. POVABILO K ODDAJI PONUDBE

Na podlagi Javnega razpisa za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na primarni ravni na področju fizioterapije na območju Občine Duplek, objavljenega na spletni strani Občine Duplek in portalu javnih naročil dne 28.5.2018, Občina Duplek, v nadaljnjem besedilu koncedent, vabi zainteresirane ponudnike, da oddajo ponudbo za pridobitev koncesije za opravljanje javne zdravstvene službe na področju fizioterapije na območju občine Duplek, najkasneje **do 26.6.2018 do vključno 12.00 ure**

osebno: v sprejemno pisarno Občina Duplek, Trg slovenske osamosvojitve 1,  
2241 Sp. Duplek

ali

po pošti na naslov: Občina Duplek, Trg slovenske osamosvojitve 1, s tem, da v tem primeru zgoraj navedeni rok pomeni rok **prispetja** ponudbe.

Ponudbe morajo biti v celoti pripravljene v skladu z razpisno dokumentacijo ter izpolnjevati vse pogoje za udeležbo v tem postopku.

Kontaktna oseba koncedenta je Milena Ropoša, (tel. št. 02 684 09 19; elektronski naslov: milena.roposa@duplek.si).

OBČINA DUPLEK  
Župan  
Mitja Horvat, l.r.

## 2. NAVODILA ZA PRIPRAVO IN PREDLOŽITEV PONUDBE

### 2.1. Veljavna zakonodaja

Pri podelitvi koncesije se bodo uporabljala določila:

- 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),
- Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ in 64/17 – ZZDej-K),
- Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17 in 64/17 – ZZDej-K),
- Zakona o javno-zasebnem partnerstvu (Uradni list RS, št. 127/06),
- Zakona o lokalni samoupravi (Uradni list RS, št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo, 76/08, 79/09, 51/10, 40/12 – ZUJF in 14/15 – ZUUJFO),
- Obligacijskega zakonika (Uradni list RS, št. 97/07 – uradno prečiščeno besedilo in 64/16 – odl. US),
- Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 91/15 in 14/18),
- Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14 in 10/17 – ZČmIS),
- Statuta Občine Duplek (Ur. glas. slov. občin 17/2007, 15/2010, 32/2011, 24/2015)
- Odloka o podelitvi koncesije za opravljanje javne službe na primarni ravni na področju fizioterapije št. 0323-3/20184, objavljen v Uradnem glasilu slovenskih občin, št. 22/2018 z dne 13.4.2018,
- druge področne zakonodaje.

### 2.2. Izdelava ponudbe

Ponudnik mora ponudbo izdelati v slovenskem jeziku, prav tako morajo biti v slovenskem jeziku izdelane oziroma priložene ali prevedene vse obvezne sestavine razpisne dokumentacije.

### 2.3. Pogoji za pravilnost ponudbe

Koncedent bo ocenjeval in izbiral najugodnejšo prijavo zgolj izmed veljavnih ponudb. Veljavne bodo tiste ponudbe, ki bodo **pravočasne, pravilne in popolne**.

Ponudba je **pravočasna**, če je osebno oddana oz. če prispe po pošti na naslov koncedenta do datuma in ure določene v razpisni dokumentaciji.

Ponudba je **pravilna**, če je pravilno opremljena (glej točko 2.6. teh navodil): Ponudba se lahko pošlje po pošti ali odda osebno v zaprti ovojnici, na kateri mora biti naveden ponudnik in vidna označba: »**NE ODPIRAJ – Ponudba za javni razpis za zdravstveno koncesijo – fizioterapija, št. 0323-3/2018-4**«.

Nepravočasne in nepravilne ponudbe bo koncedent neodprte vrnil na naslov ponudnika oz. pošiljatelja.

Ponudba je **popolna**, če vsebuje vse zahtevane sestavine.

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

**Nepopolne** ponudbe bo koncedent izločil iz nadaljnjega postopka preden bo pristopil k ocenjevanju ponudb.

Za popolnost ponudbe morajo ponudniki izpolniti in priložiti spodaj navedene dokumente:

- Izpolnjen in podpisan obrazec ponudbe (OBR 1-F ali OBR 1-P);
- Izpolnjen in podpisan obrazec izjave, da ponudnik sprejema pogoje razpisne dokumentacije in pooblastilo (OBR 2-F ali OBR 2-P);
- Izpolnjene in podpisane izjave iz 6. točke razpisne dokumentacije (OBR 3-F ali OBR 3-P, OBR 4-F ali OBR 4-P, OBR 5-F ali OBR 5-P, OBR 6-F ali OBR 6-P, OBR 7-F ali OBR 7-P, OBR 8-F ali OBR 8-P);
- Izpolnjen in podpisan obrazec meril za izbor najugodnejšega ponudnika (OBR M-F ali OBR M-P);
- Podpisan izvod vzorca Koncesijske pogodbe (točka 8);
- Zahtevana dokazila iz 5.2. točke in 7. točke razpisne dokumentacije.

#### **2.4. Pojasnila v zvezi z razpisno dokumentacijo**

Pojasnila o vsebini razpisne dokumentacije sme ponudnik zahtevati pisno preko portala javnih naročil najpozneje do 20.6.2018, do 10.00 ure.

#### **2.5. Spremembe in dopolnitve razpisne dokumentacije**

Koncedent si pridržuje pravico najkasneje tri (3) dni pred potekom roka za oddajo ponudbe spremeniti in dopolniti razpisno dokumentacijo na lastno pobudo ali kot odgovor na zahtevo za pojasnila. Sprememba bo na voljo v obliki "Dopolnila".

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

## 2.6. Način, kraj in čas oddaje ponudbe

Ponudnik lahko pošlje ponudbo po pošti ali odda osebno v zaprti ovojnici, na kateri mora biti naveden ponudnik in vidna označba: »**NE ODPIRAJ – Ponudba za javni razpis za zdravstveno koncesijo – fizioterapija št. 0323-3/2018-4**«.

Ponudba mora biti **naslovljena ali oddana osebno na naslednji naslov:**

**Občina Duplek  
Trg slovenske osamosvojitve 1  
2241 Sp. Duplek**

Ponudba, ki bo imela ovojnico oziroma ovitek opremljen v nasprotju s temi navodili, bo obravnavana kot nepravilna prijava.

Za **pravočasno** oddano ponudbo se šteje ponudba, ki **prispe** po pošti na naslov koncedenta ali je oddana osebno v tajništvu Občine Duplek, Trg slovenske osamosvojitve 1, 2241 Sp. Duplek, najkasneje **do 26.6.2018 do vključno 12.00 ure**. Ponudbe oddane po tem roku, bo koncedent štel za prepozne in jih neodprte vrnil pošiljatelju.

Po pošti poslana ponudba (ne glede na vrsto pošiljke) mora **prispeti** na naslov koncedenta prav tako do navedenega datuma in ure.

## 2.7. Odpiranje ponudb

**Odpiranje ponudb** bo dne **26.6.2018 ob 14.00 uri v sejni sobi** Občine Duplek, Trg slovenske osamosvojitve 1, 2241 Sp. Duplek in ne bo javno.

Odpiranje ponudb bo vodila strokovna komisija, imenovana s sklepom župana Občine Duplek.

## 2.8. Vrsta, območje in predviden obseg opravljanja programov zdravstvene dejavnosti

Izvajanje javne zdravstvene službe na primarni ravni na področju fizioterapije na območju Občine Duplek v obsegu 1,00 tima.

## 2.9. Rok trajanja koncesije

Koncesija se podeli za obdobje 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja koncesijske dejavnosti, z možnostjo podaljšanja na način in pod pogoji, kot jih določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.

## 2.10. Merila za izbor ponudnika

Koncedent bo izbral tistega ponudnika, ki bo izpolnjeval vse zahtevane pogoje in bo zbral najvišje število točk v skladu z naslednjimi merili:

1. Delovna doba pri opravljanju razpisane dejavnosti.....do 5 točk
2. Dodatno strokovno izobraževanje.....do 15 točk
3. Reference ponudnika oziroma odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti. do 25 točk
4. Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti.....do 25 točk
5. Ugotovitve nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej pri ponudniku.....do 5 točk
6. Storitve s področja fizioterapije.....do 5 točk
7. Storitve specialne fizioterapevtske obravnave.....do 10 točk
8. Dodatne storitve s področja fizioterapije.....do 10 točk

Ponudnik lahko zbere največ 100 točk.

Merila bodo uporabljena na naslednji način:

### Pod točko št. 1:

Ponudniku, ki bo dokazal največ let delovne dobe pri opravljanju razpisane dejavnosti se dodeli 5 točk, ponudniki z manjšim številom let delovne dobe pa prejmejo ustrezno število točk manj po naslednji formuli:

$$\text{Število točk} = \frac{L_p \times 5}{L_{\max}}$$

$L_{\max}$  = največ let delovne dobe – v mesecih

$L_p$  = leta delovne dobe ponudnika – v mesecih

Pri pravni osebi se delovna doba pri opravljanju razpisane dejavnosti fizioterapije nanaša na predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi.

### Pod točko št. 2:

Pri tem merilu se točkuje dodatno strokovno izobraževanje, in sicer **opravljeni tečaji oz. drugo dodatno strokovno izobraževanje** v zvezi z izvajanjem dejavnosti na področju fizioterapije do dne oddaje prijave.

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 fizioterapije oziroma aktivna udeležba na izobraževanjih, kar izhaja iz dokazila.

Ponudniku, ki bo dokazal največje število dodatnih strokovnih izobraževanj, ki izhajajo iz opravljenih tečajev oz. drugih strokovnih izobraževanj, se dodeli 15 točk, ponudnik z manjšim številom pa prejmejo ustrezno število točk manj po naslednji formuli:

$$\text{Število točk} = \frac{S_p \times 15}{S_{\max}}$$

$S_{\max}$  = največje število dodatnih strokovnih izobraževanj

$S_p$  = ponudnikovo število dodatnih strokovnih izobraževanj

Pri pravni osebi se dodatno strokovno izobraževanje nanaša na predvidenega nosilca dejavnosti pri pravni osebi.

### **Pod točko št. 3:**

Ponudniku, ki bo predložil reference za ponudnika oziroma odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v zvezi z opravljanjem razpisane dejavnosti se dodeli po 5 točk za vsako posamezno referenco, vendar skupno največ 25 točk.

Upoštevale se bodo le reference, ki jih izda izdajatelj, ki opravlja zdravstveno dejavnost, neposredno povezano z razpisano zdravstveno dejavnostjo. Upoštevale se bodo le reference izvajalcev na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Kot reference se upoštevajo tudi potrdila o opravljanju vodilne funkcije ali pomembnejše aktivne vloge v Strokovnem združenju fizioterapevtov Slovenije (ZFS). Koncedent si pridržuje pravico, da reference pri izdajatelju preveri.

### **Pod točko št. 4:**

Ponudniku, ki bo ponudil opravljanje zdravstvene dejavnosti na lokaciji, kjer je možnost parkiranja osebnega vozila v oddaljenosti:

- do vključno 50 metrov hoje se dodeli 5 točk,
- več kot 50 metrov hoje se dodeli 0 točk.

Ponudniku, ki bo ponudil opravljanje zdravstvene dejavnosti na lokaciji, ki je od najbližje postaje mestnega javnega avtobusnega prometa oddaljena:

- do vključno 50 m hoje se dodeli 5 točk,
- več kot 50 metrov hoje se dodeli 0 točk.

Ponudniku, ki bo ponudil opravljanje zdravstvene dejavnosti v samostojnih poslovnih prostorih v celoti in v izključni uporabi ponudnika razpisane zdravstvene dejavnosti, se dodeli 15 točk, v primeru poslovnih prostorov, ki niso v izključni uporabi ponudnika pa 0 točk. Ponudniki bodo točke prejeli le v primeru, da si poslovni prostor ne delijo z drugimi izvajalci.

### **Pod točko št. 5:**

Ponudnik, ki podpiše lastno izjavo, da nima negativnih referenc v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej, prejme 5 točk. V kolikor ima ponudnik negativne reference v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76.členu ZZDej, prejme 0 točk.

### **Pod točko št. 6:**

Ponudniku, ki bo ponudil največ storitev s področja fizioterapije, ki jih bo ponudnik opravljal in za katere je ustrezno usposobljen in opremljen (izmed storitev navedenih v prilogi A: Šifrant 49 - Vrste fizioterapevtskih postopkov te razpisne dokumentacije, ki jih financira ZZZS), se dodeli 5 točk, ponudniki z manjšim številom ponujenih storitev z navedenega seznama fizioterapevtskih storitev pa prejmejo ustrezno število točk manj po naslednji formuli:

$$\text{Število točk} = \frac{F_p \times 5}{F_{\max}}$$

$F_{\max}$  = največje število ponujenih fizioterapevtskih storitev

$F_p$  = število ponujenih fizioterapevtskih storitev ponudnika

Pri pravni osebi se opravljanje fizioterapevtskih storitev nanaša na predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi.

#### **Pod točko št. 7:**

Ponudniku, ki bo ponudil opravljanje storitev specialne fizioterapevtske obravnave, za katere je ustrezno usposobljen in opremljen (izmed storitev navedenih v prilogi B: Specialna fizioterapevtska obravnava te razpisne dokumentacije, ki jih financira ZZZS), se dodeli največ 10 točk, in sicer po 2,5 točke za vsako ponujeno storitev.

Pri pravni osebi se opravljanje fizioterapevtskih storitev specialne fizioterapevtske obravnave nanaša na predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi.

Koncedent si pridržuje pravico, da od ponudnika zahteva potrdila o usposobljenosti za izvajanje navedenih storitev specialne fizioterapevtske obravnave.

#### **Pod točko št. 8:**

Ponudniku, ki bo ponudil največ dodatnih storitev s **področja fizioterapije** (poleg tistih, ki jih financira ZZZS) se dodeli 10 točk, ponudniki z manjšim številom ponujenih dodatnih storitev pa prejmejo ustrezno število točk manj po naslednji formuli:

$$\text{Število točk} = \frac{D_p \times 10}{D_{\max}}$$

$D_{\max}$  = največ dodatno ponujenih storitev s področja fizioterapije

$D_p$  = druge dodatno ponujene storitve ponudnika s področja fizioterapije

Pri pravni osebi se izvajanje dodatnih storitev nanaša na predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi.

Če dosežeta dva ali več ponudnika na podlagi postavljenih meril za koncesijo enako število točk, bo izbran ponudnik, ki je dosegel večje število točk po tretjem merilu. Če še vedno ne bo mogoče izbrati ponudnika, bo o izboru odločal žreb.

**V ponudbi ponujeno izvajanje fizioterapevtskih storitev, storitev specialne fizioterapevtske obravnave in dodatnih storitev s področja fizioterapije mora ponudnik zagotavljati ves čas trajanja koncesijske pogodbe.**

#### **2.11. Opozorilo izbranemu ponudniku**

Vsa ostala razmerja oziroma pogoji, ki niso navedeni v teh navodilih, so urejeni v vzorcu koncesijske pogodbe, ki je sestavni del te razpisne dokumentacije in bo dopolnjen z vsebino ponudbe izbranega koncesionarja.

Koncesionar ni dolžan koncedentu plačevati koncesijske dajatve.

## **2.12. Postopek in rok za izbor koncesionarja**

Postopek razpisa vodi tričlanska strokovna komisija, imenovana s sklepom župana Občine Duplek. Strokovna komisija bo preučila in na podlagi meril ocenila pravočasne, pravilne in popolne ponudbe ter predlagala pristojnemu organu koncedenta izbor ponudnika. Pri tem si koncedent pridržuje pravico posvetovanja s strokovnjakom z razpisanega področja.

V postopku izdaje odločbe o podelitvi koncesije koncedent pridobi za ponudnika, ki na podlagi meril doseže najvišje število točk, soglasje ministrstva, pristojnega za zdravje. O izbiri koncesionarja odloči koncedent z odločbo, s katero ponudniku podeli koncesijo.

Koncedent in izbrani koncesionar medsebojna razmerja uredita s koncesijsko pogodbo.

Najpozneje pet dni po pravnomočno odločbi o izbiri koncesionarja koncedent na svoji spletni strani objavi obvestilo o rezultatu postopka podelitve koncesije.

Pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti mora ponudnik predložiti pogodbo o zaposlitvi za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti in pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.

Koncedent si pridržuje pravico, da na javnem razpisu ne izbere nobenega ponudnika.

Pripravil:  
Milena Ropoša  
Višja svetovalka

### 3. OBRAZEC PONUDBE

**OBR 1-F**

#### 3.1 Ponudnik in odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (fizična oseba)

Ime in priimek \_\_\_\_\_

Stalno prebivališče \_\_\_\_\_

EMŠO \_\_\_\_\_ Davčna številka \_\_\_\_\_

Telefonska številka \_\_\_\_\_ Številka faxes \_\_\_\_\_

Elektronski naslov \_\_\_\_\_

Predviden naslov ordinacije na razpisanem področju \_\_\_\_\_

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**3.2 Ponudnik (pravna oseba)**

**OBR 1-P**

Naziv pravne osebe \_\_\_\_\_

Matična številka pravne osebe \_\_\_\_\_

Identifikacijska številka pravne osebe \_\_\_\_\_

Naslov pravne osebe \_\_\_\_\_

Telefonska številka \_\_\_\_\_ Številka faxa \_\_\_\_\_

Elektronski naslov \_\_\_\_\_

**Zakoniti zastopnik pravne osebe**

Ime in priimek \_\_\_\_\_

Stalno prebivališče \_\_\_\_\_

EMŠO \_\_\_\_\_ Davčna številka \_\_\_\_\_

Telefonska številka \_\_\_\_\_ Številka faxa \_\_\_\_\_

Elektronski naslov \_\_\_\_\_

**Podatki o predvidenem odgovornem nosilcu zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi**

Ime in priimek \_\_\_\_\_

Stalno prebivališče \_\_\_\_\_

EMŠO \_\_\_\_\_ Davčna številka \_\_\_\_\_

Telefonska številka \_\_\_\_\_ Številka faxa \_\_\_\_\_

Elektronski naslov \_\_\_\_\_

Predviden naslov ordinacije na razpisanem področju \_\_\_\_\_

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

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

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

#### **4. OBRAZEC IZJAVE, DA PONUDNIK SPREJEMA POGOJE RAZPISNE DOKUMENTACIJE IN POOBLASTILO**

##### **4.1 Ponudnik (fizična oseba)**

**OBR 2-F**

Ponudnik

---

(ime in priimek ponudnika)

izjavljam,

- da se v celoti strinjam in sprejemam vse pogoje iz te razpisne dokumentacije in vsa merila za izbor koncesionarja na tem javnem razpisu
- da nisem subjekt, za katerega bi za Občino Duplek veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/2011) ter
- da pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki navedeni v ponudbi resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Občini Duplek, da za namene Javnega razpisa za podelitev koncesije za opravljanje javne zdravstvene službe na primarni ravni na področju fizioterapije št. 0142-2/2018-1 opravi kakršnekoli poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter ustreznih zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje zahtevanih podatkov.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**4.2 Ponudnik (pravna oseba)**

**OBR 2-P**

Ponudnik

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

ki ga zastopa \_\_\_\_\_ (ime in priimek zastopnika pravne osebe)

in predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi

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

izjavljava,

- da se v celoti strinjam in sprejemam vse pogoje iz te razpisne dokumentacije in vsa merila za izbor koncesionarja na tem javnem razpisu
- da nisem subjekt, za katerega bi za Občino Duplek veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/2011) ter
- da pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki navedeni v prijavi resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Občini Duplek, da za namene Javnega razpisa za podelitev koncesije za opravljanje javne zdravstvene službe na primarni ravni na področju fizioterapije št. 0142-2/2018-1 opravi kakršnekoli poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter ustreznih zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje zahtevanih podatkov.

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

ŽIG  
(pravna oseba)

PONUĐNIK:  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

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

## **5. UGOTAVLJANJE IZPOLNJEVANJA POGOJEV PONUDNIKA IN NAVODILO O NAČINU DOKAZOVANJA IZPOLNJEVANJA POGOJEV**

### **5.1. Pogoji za ponudbo**

#### **a) Zakonsko predpisani pogoji, ki jih določa 44.č člen ZZDej:**

Ponudnik mora za pridobitev in opravljanje koncesije izpolnjevati naslednje pogoje, ki jih določa 44. č člen ZZDej:

1. Ima dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti;
2. Ima za vrsto zdravstvene dejavnosti, v katero sodi program zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije, za polni delovni čas zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, razen, ko je sam izvajalec zdravstvene dejavnosti odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti;
3. Ima 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;
4. Mu v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej;
5. Ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;
6. Pri ponudniku ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil.

#### **b) Drugi pogoji javnega razpisa**

Ponudnik oziroma odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti mora izpolnjevati še naslednje pogoje javnega razpisa, ki jih določa koncedent:

7. Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ima ustrezno strokovno izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti, ki je predmet razpisa in je usposobljen za samostojno delo ter izpolnjuje pogoje 3.a člena ZZDej.;
8. Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ni v delovnem razmerju oziroma bo do začetka opravljanja koncesije po tem razpisu prekinil delovno razmerje;
9. Ponudniku in odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oziroma poklica;
10. Ponudnik ima zagotovljene ustrezne prostore, opremo in če zahteva narava dela, tudi ustrezne kadre;
11. Ponudnik bo zagotovil začetek opravljanja koncesije najkasneje s 26.11.2018;
12. Ponudnik oziroma odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti še ni izvajalec koncesijske dejavnosti oziroma bo do začetka opravljanja koncesije po tem razpisu koncesijo oddal;
13. Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti obvlada slovenski jezik in bo zagotovil pacientom pravico do sporazumevanja z zdravstvenimi delavci in sodelavci v italijanskem jeziku.

**V primeru, da ponudnik ne bo izpolnil vseh pogojev za udeležbo, bo njegova ponudba izločena iz nadaljnega postopka.**

### **5.2. Dokazila o izpolnjevanju pogojev**

Ponudnik mora dokazati, da izpolnjuje zakonsko predpisane pogoje in druge posebne pogoje tega javnega razpisa. Predložiti mora dokazila oziroma potrdila o izpolnjevanju predpisanih pogojev iz javnega razpisa oziroma izjavo, kjer je tako zahtevano. Izjave morajo biti podpisane.

Kjer je zahtevano, da ponudnik izpolnjuje pogoj pred sklenitvijo pogodbe ali z dnem začetka izvajanja koncesijske dejavnosti, je potrebno ustrezna dokazila pravočasno dostaviti koncedentu.

V kolikor je ponudnik pravna oseba, je potreben podpis njenega zakonitega zastopnika oz., kjer je zahtevano, še podpis predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi ter žig pravne osebe. V primeru ponudnika kot pravne osebe, se spodaj navedena dokazila nanašajo na predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi.

**Kot dokazilo pod točko 1.:**

- dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti (3.a člen ZZDej)
  - lastna izjava (OBR 3-F ali OBR 3-P).

Pogoj mora biti izpolnjen najkasneje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe.

**Kot dokazilo pod točko 2.:**

- lastna izjava (OBR 3-F ali OBR 3-P).

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

**Kot dokazilo pod točko 3.:**

- lastna izjava (OBR 3-F ali OBR 3-P).

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

**Kot dokazilo pod točko 4.:**

- lastna izjava (OBR 3-F ali OBR 3-P).

Pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe.

**Kot dokazilo pod točko 5:**

- potrdilo Strokovnega združenja fizioterapevtov Slovenije za ponudnika oziroma odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti.

Pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe in je dokazilo potrebno ponudbi priložiti.

**Kot dokazilo pod točko 6:**

- lastna izjava (OBR 3-F ali OBR 3-P).

Pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe.

**Kot dokazilo pod točko 7.:**

Fotokopija diplome in potrdila o opravljenem strokovnem izpitu.

Za pravne osebe:

- fotokopija diplome in potrdila o opravljenem strokovnem izpitu predvidenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi;
- dovoljenje pravni osebi za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju fizioterapije, ki ga je izdalo Ministrstvo za zdravje.

**Kot dokazilo pod točko 8.:**

V primeru, da ima ponudnik že status zasebnika:

- odločba o vpisu v register zasebnih delavcev.

V primeru, da ponudnik še nima statusa zasebnika:

- izpolnjena izjava o delovnem razmerju (OBR 4-F – *Izjava o delovnem razmerju*).

Za pravne osebe:

- izpolnjena izjava o delovnem razmerju za predvidenega nosilca zdravstvene dejavnosti (OBR 4-P - *Izjava o delovnem razmerju*)

**Kot dokazilo pod točko 9.:**

Potrdilo **Ministrstva za pravosodje**, ki izkazuje, da ponudniku ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oziroma poklica. Navedeno potrdilo za ponudnika pridobi koncedent, zato ponudniku tega potrdila **ni** potrebno prilagati.

**Kot dokazilo pod točko 10.:**

Potrdilo o lastništvu ali najemu oziroma Pismo o nameri za najem ali nakup ordinacijskih prostorov (izpisek iz zemljiške knjige, sklenjena Kupoprodajna pogodba z overjenim zemljiško – knjižnim dovolilom, Predpogodba za nakup, Najemna pogodba, Predpogodba za najem prostora, Pismo o nameri za najem/nakup)

**in**

podpisana izjava ponudnika o izpolnjevanju pogojev (OBR 5-F ali OBR 5-P – *Izpolnjevanje pogojev*).

**Kot dokazilo pod točko 11.:**

Podpisana izjava ponudnika o začetku opravljanja koncesije (OBR 6-F ali OBR 6-P – *Začetek opravljanja koncesijske dejavnosti*).

**Kot dokazilo pod točko 12:**

Podpisana izjava ponudnika o dosedanjem opravljanju koncesije (OBR 7-F ali OBR 7-P – *Opravljanje koncesijske dejavnosti*).

**Kot dokazilo pod točko 13:**

Podpisana izjava ponudnika o zagotavljanju pravice pacientov do sporazumevanja z zdravstvenimi delavci in sodelavci v italijanskem jeziku. (OBR 8-F ali OBR 8-P – *Sporazumevanje v italijanskem jeziku*).

**Pri točkah, pri katerih se kot edino dokazilo o izpolnjevanju pogojev predvideva podpisana izjava ponudnika, je potrebno izpolniti in podpisati v šestem poglavju predvidene obrazce izjav, glede na to, ali je ponudnik fizična ali pravna oseba.**

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

## 6. OBRAZCI IZJAV

### 6.1. Izjava o izpolnjevanju zakonskih pogojev

#### 6.1.1. Fizična oseba

**OBR3-F**

### I Z J A V A O I Z P O L N J E V A N J U Z A K O N S K I H P O G O J E V

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
- ob podaji vloge ne obstajajo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih javnih naročil.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

## 6.1.2 Pravna oseba

**OBR 3-P**

### **I Z J A V A O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH POGOJEV**

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 ter dostavil koncedentu,
- bom najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti imel 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,
- ob podaji vloge ne obstajajo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih javnih naročil.

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

ŽIG  
(pravna oseba)

PONUĐNIK:  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

Spodaj podpisani predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti

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

## 6.2. Izjava o delovnem razmerju

### 6.2.1. Fizična oseba

**OBR4-F**

## 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.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

## 6.2.2 Pravna oseba

**OBR 4-P**

### 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 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 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 odg. 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.

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

ŽIG  
(pravna oseba)

PONUĐNIK:  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

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

### 6.3 Izjava o izpolnjevanju pogojev

#### 6.3.1 Fizična oseba

**OBR 5-F**

## IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV

Podpisani ponudnik:

---

(ime in priimek ponudnika)

**i z j a v l j a m,**

da imam za opravljanje koncesijske dejavnosti zagotovljene ustrezne ordinacijske prostore na področju Občine Duplek, ustrezno opremo in kadre, in sicer na naslovu:

.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**6.3.2 Pravna oseba**

**OBR 5-P**

**IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV**

Ponudnik

---

(naziv pravne osebe)

ki ga zastopa

---

(ime in priimek zastopnika pravne osebe)

da imamo za opravljanje koncesijske dejavnosti zagotovljene ustrezne ordinacijske prostore na področju Občine Duplek, ustrezno opremo in kadre in sicer na naslovu:

.

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

ŽIG  
(pravna oseba)

PONUĐNIK:  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

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

## **6.4 Izjava o začetku opravljanja koncesijske dejavnosti**

### **6.4.1 Fizična oseba**

**OBR 6-F**

## **IZJAVA PONUDNIKA – ZAČETEK OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI**

Podpisani ponudnik:

---

(ime in priimek ponudnika)

**i z j a v l j a m,**

da bom v primeru dodelitve koncesije začel z opravljanjem razpisane dejavnosti najkasneje s  
1.9.2018.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**6.4.2 Pravna oseba**

**OBR 6-P**

**IZJAVA PONUDNIKA – ZAČETEK OPRAVLJANJA KONCESIJSKE  
DEJAVNOSTI**

Ponudnik

---

(naziv pravne osebe)

ki ga zastopa

---

(ime in priimek zastopnika pravne osebe)

**i z j a v l j a m,**

da bo pravna oseba v primeru dodelitve koncesije začela z opravljanjem razpisane dejavnosti najkasneje s 26.11.2018.

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

**ŽIG**  
(pravna oseba)

**PONUĐNIK:**  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

## **6.5 Izjava o opravljanju koncesijske dejavnosti**

### **6.5.1 Fizična oseba**

**OBR 7-F**

## **I Z J A V A P O N U D N I K A – O P R A V L J A N J E K O N C E S I J S K E D E J A V N O S T I**

Podpisani ponudnik:

---

(ime in priimek ponudnik)

**pod kazensko in materialno odgovornostjo  
i z j a v l j a m,**

da nisem ni izvajalec koncesijske dejavnosti oziroma bom do začetka opravljanja koncesije po tem razpisu koncesijo oddal.

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

**6.5.2 Pravna oseba**

**OBR 7-P**

**IZJAVA PONUDNIKA – OPRAVLJANJE KONCESIJSKE DEJAVNOSTI**

Ponudnika

---

(naziv pravne osebe)

ki ga zastopa

---

(ime in priimek zastopnika pravne osebe)

**pod kazensko in materialno odgovornostjo  
izjavljam,**

da pravna oseba ni izvajalec koncesijske dejavnosti oziroma bo do začetka opravljanja koncesije po tem razpisu koncesijo oddala.

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

ŽIG  
(pravna oseba)

PONUĐNIK:  
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)



## 7. OBRAZEC - Merila za ocenitev ponudb

**OBR 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 ZPIZ, iz katere so razvidni ti podatki.

#### 7.1.2 Dodatno strokovno izobraževanje

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

#### **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 fizioterapije 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. Upoštevale se bodo le reference izvajalcev na sekundarni zdravstveni ravni. Kot reference se upoštevajo tudi potrdila o opravljanju vodilne funkcije ali pomembnejše aktivne vloge v Strokovnem združenju fizioterapevtov Slovenije (ZFS). Koncedent si pridržuje pravico, da reference pri izdajatelju preveri.

#### 7.1.4 Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti

Oddaljenost parkirnih prostorov za osebna vozila od predvidene lokacije ordinacije je \_\_\_\_\_ m hoje.

Oddaljenost postaje mestnega javnega avtobusnega prometa od predvidene lokacije ordinacije je \_\_\_\_\_ m hoje.

Koncedent bo podatke preveril z »Google zemljevidi« ali na terenu.

Zdravstveno dejavnosti bom opravljal v samostojnih poslovnih prostorih v celoti in v izključni uporabi ponudnika razpisane zdravstvene dejavnosti.

DA/NE (ustrezno obkroži)

#### 7.1.5 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)

#### 7.1.6 Storitve s področja fizioterapije:

Ponudnik bom opravljal naslednje s področja fizioterapije (izmed tistih navedenih v *prilogi A: Šifrant 49 - Vrste fizioterapevtskih postopkov* te razpisne dokumentacije, ki jih financira ZZZS), za katere sem primerno usposobljen in razpolagam z ustrezno opremo za njihovo izvajanje: označi z da ali ne v prilogi A.

#### **Dokazilo:**

Priloga A- Šifrant 49: Vrste fizioterapevtskih postopkov (pri posameznem postopku označi z da ali ne)

#### 7.1.7 Storitve specialne fizioterapevtske obravnave

Ponudnik bom opravljal naslednje storitve specialne fizioterapevtske obravnave (izmed storitev navedenih v *prilogi B: Specialna fizioterapevtska obravnava* te razpisne dokumentacije, ki jih financira ZZZS), za katere sem primerno usposobljen in razpolagam z ustrezno opremo za njihovo izvajanje: označi z da ali ne v prilogi B.

**Dokazilo:**

Priloga B: Specialna fizioterapevtska obravnava (pri posameznem postopku označi z da ali ne)

*7.1.8 Dodatne storitve s področja fizioterapije*

Ponudnik bom poleg že ponujenih storitev s **področja fizioterapije**, ki jih financira ZZZS, zagotavljal še naslednje storitve s področja fizioterapije, za katere sem primerno usposobljen in razpolagam z ustrežno opremo za njihovo izvajanje:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

## 7.2 Ponudnik - pravna oseba

**OBR M-P**

### 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 ZPIZ, iz katere so razvidni ti podatki.

### 7.2.2 Dodatno strokovno izobraževanje

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

#### **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 področju fizioterapije 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. Upoštevale se bodo le reference izvajalcev na sekundarni zdravstveni ravni. Kot reference se upoštevajo tudi potrdila o opravljanju vodilne funkcije ali pomembnejše aktivne vloge v Strokovnem združenju fizioterapevtov Slovenije (ZFS). Koncedent si pridržuje pravico, da reference pri izdajatelju preveri.

### 7.2.4 Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti

Oddaljenost parkirnih prostorov za osebna vozila od predvidene lokacije ordinacije je \_\_\_\_\_ m hoje.

Oddaljenost postaje mestnega javnega avtobusnega prometa od predvidene lokacije ordinacije je \_\_\_\_\_ m hoje.

Koncedent bo podatke preveril z »Google zemljevidi« ali na terenu.

Zdravstveno dejavnosti bom opravljal v samostojnih poslovnih prostorih v celoti in v izključni uporabi ponudnika razpisane zdravstvene dejavnosti.

DA/NE (ustrezno obkroži)

#### 7.2.5 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).

PONUĐNIK:  
(podpis ponudnika)

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

#### 7.2.6 Storitve s področja fizioterapije:

Ponudnik bom opravljal naslednje s področja fizioterapije (izmed tistih navedenih v prilogi A: Šifrant 49 -Vrste fizioterapevtskih postopkov te razpisne dokumentacije, ki jih financira ZZS), za katere je predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti primerno usposobljen in razpolagam z ustrežno opremo za njihovo izvajanje: označi z da ali ne v prilogi A.



Šifrant 49: Vrste fizioterapevtskih postopkov

Priloga A

Šifra postopka	Kratek opis postopka	Dolg opis postopka	Ponudnik bo zagotovil DA / NE
FT001	OVS začetno	Ocenjevanje in vrednotenje stanja pacienta – začetno (vključuje pregled medicinske dokumentacije, anamnezo, inspekcijo, palpacijo, meritve in testiranja glede na potrebe pacienta (meritve gibljivosti sklepov, testiranje zmogljivosti mišic, meritve obsegov in dolžin udov, funkcijski testi, ocena bolečine, meritve dihalnih funkcij, drugo) ter dokumentiranje in vrednotenje rezultatov/izida fizioterapije)	
FT002	OVS končno	Ocenjevanje in vrednotenje stanja pacienta – končno (vključuje pregled medicinske dokumentacije, anamnezo, inspekcijo, palpacijo, meritve in testiranja glede na potrebe pacienta (meritve gibljivosti sklepov, testiranje zmogljivosti mišic, meritve obsegov in dolžin udov, funkcijski testi, ocena bolečine, meritve dihalnih funkcij, drugo) ter dokumentiranje in vrednotenje rezultatov/izida fizioterapije)	
FT003	NAV	Navodila. (pisna, ustna)	
FT004	ERGON	Optimizacija delovnega in bivalnega okolja	
FT005	PREV	Preventivni programi	
FT006	UVD	Učenje vaj za doma (vključuje lahko tudi nameščanje v terapevtske položaje)	
FT007	PG	Pasivno gibanje	
FT008	RAZT	Raztezanje	
FT009	SPRO	Sproščanje	
FT010	AVI	Aktivne vaje – proste individualne	
FT011	AVS	Aktivne vaje – proste skupinske	
FT012	VMZ	Vadba za mišično zmogljivost. (vadba za jakost / moč mišic, vzdržljivost mišic)	
FT013	VVKRS	Vadba za vzdržljivost kardio-respiratornega sistema	
FT014	VKR	Vadba za koordinacijo in ravnotežje	
FT015	FUNKCV	Funkcijska vadba (funkcija zgornjega uda (npr. opora, seganje in prijemanje, manipulacija), funkcija spodnjega uda (npr. stoja, vstajanje in sedanje, hoja, hoja po stopnicah, poskoki, tek), funkcija trupa in vratu (npr. dvigovanje in prenašanje bremen, odiranje in vlečenje bremen), funkcija vsega telesa (npr. prehodi med položaji, učenje padanja in vstajanja); vadba lahko vključuje uporabo funkcionalne električne stimulacije in poleg splošnih tudi specifične gibalne spretnosti)	
FT016	MTMT	Manualna terapija mehkih tkiv (npr. obravnava brazgotin, adhezij ali zadebelitev v koži, podkožju in mišicah)	
FT017	FT edem	Fizioterapija za zmanjšanje edema	
FT018	SKMOB udov	Sklepna mobilizacija udov - osnovna	
FT019	HLA	Hlajenje (kopeli, led, kriopak, obloge, razpršilo)	
FT020	SEG	Površinsko segrevanje (kopeli, parafin, termopak, obkladki, IR-obsevanje)	
FT021	DIAT	Diatermija (kratkovalovna diatermija -KV, ultrakratkovalovna diatermija - UKV, mikrovalovna diatermija- MV)	
FT022	UZ	Ultrazvočna terapija (ultrazvok -UZ, ultrasonoforeza)	
FT023	KPG	Kontinuirano pasivno gibanje	
FT024	TRAKC	Mehanske trakcije (vratne, prsne in ledvene hrbtenice)	
FT025	KOMP	Kompresijska terapija (povijanje s kompresijskimi povoji in oblačila, intermitentna kompresijska terapija; površinska oksigenacija)	
FT026	STAB	*Stabilizacija / razbremenitev (testiranje in nameščanje pripomočkov za hojo, nameščanje serijskih opornic ali pasov, nameščanje lepilnih trakov ali elastičnih lepilnih trakov). Postopek ne pokriva materialnih stroškov pripomočkov za hojo, opornic, pasov ali trakov.	
FT027	UV	Ultravijolično obsevanje (ultravijolično obsevanje, selektivna ultravijolična fototerapija, fotokemoterapija)	

Javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na primarni ravni na področju fizioterapije na območju Občine Duplek

FT028	LASER	LASER nizke intenzitete	
FT045	PF	Polikromatska fototerapija (light-emitting diode (svetleča dioda), supraluminous diode (suprafluorescentna dioda) in drugi viri)	
FT029	BAZ-S	Hidroterapija v bazenu - skupinska vadba	
FT030	BAZ-I	Hidroterapija v bazenu - individualna vadba	
FT031	HTB	Hidroterapija v terapevtski banji	
FT032	HDK	Hidroterapija - delne kopeli	
FT033	PROTIB	Protibolečinska elektrostimulacija (transkutana električna živčna stimulacija - TENS, interferenčni tokovi - IF, diadinamski tokovi - DD)	
FT034	EF	Elektroforeza	
FT035	BIOF	Biološka povratna zveza (elektromiografija - EMG, tlakovni)	
FT036	MGT	Magnetna biostimulacija	
FT037	ESM	Stimulacija za krepitev mišic (impulzni tok, ruski tok, interferenčni tokovi - IF, magnetno polje)	
FT046	DM	Električna stimulacija deinervirane mišice po predhodno izvedenem elektrostatusu (reobaza, kronaksija in količnik akomodacije)	
FT038	ČVDP	Čiščenje in vzdrževanje dihalnih poti (masaža prsnega koša, drenažni položaji, asistirano izkašljevanje, uporaba pripomočkov, zdravilni aerosoli)	
FT039	DIHV	Dihalne vaje	
FT047	FT GIN	Fizioterapija pri motnjah funkcije medeničnega dna ** (manualna terapije za področje medeničnega dna, vadba mišic medeničnega dna z ali brez biološke povratne zveze, elektrostimulacija (za krepitev mišic, inhibicijo sečnega mehurja, protibolečinska), magnetna stimulacija, vadba sečnega mehurja, drugo). Izvaja le na Ginekološki kliniki UKC LJ in v Termah Dobma.	
FT048	FT okulistika	Fizioterapija pri okvarah vida ** (vadba za mišično zmogljivost in koordinacijo zunanjih in notranjih očesnih mišic ter mimičnih mišic, sproščanje očesnih mišic in zrkel, elektrostimulacija mišice dvigovalke veke, učenje samomasaze zrkel, solznih izvodil in periokulamega področja, vstavljanje in ravnanje z očesno protezo). Izvaja le na Očesni kliniki UKC LJ.	

## Specialna fizioterapevtska obravnava

**Priloga B**

Postopek	Kratek opis postopka	Dolg opis postopka	Ponudnik bo zagotovil DA/NE
FT040	Spec MT	Manualna terapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še specialni postopki manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije sklepov udov in hrbtenice)	
FT041	Spec RLD	Limfna drenaža, obravnava primarnega in sekundarnega limfedema. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še ročna limfna drenaža)	
FT042	Spec MSK	Mišično-skeletna fizioterapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še specialni postopki kinezoterapije in manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije perifernih sklepov)	
FT043	Spec NFT odrasli	Nevrofizioterapija odraslih. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še specialni postopki nefrofizioterapije, manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije perifernih sklepov)	
FT044	Spec NFT otroci	Nevrofizioterapija otrok. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še specialni postopki nefrofizioterapije otrok)	

## 8. VZOREC KONCESIJSKE POGODBE

**1. OBČINA DUPELEK, Trg slovenske osamosvojitve 1, 2241 Sp. Duplek, ki jo zastopa Mitja Horvat, župan (v nadaljevanju koncedent)**

ID za DDV: SI41316819  
matična številka: 5883300

in

**2. \_\_\_\_\_**  
(v nadaljevanju **koncesionar**)

davčna številka:  
EMŠO/matična številka:

skleneta naslednjo

# K O N C E S I J S K O P O G O D B O

## I. SPLOŠNE DOLOČBE

### 1. člen

S to pogodbo se podrobneje urejajo razmerja v zvezi z opravljanjem javne službe med koncedentom in koncesionarjem, v skladu z veljavnimi predpisi in na podlagi odločbe o podelitvi koncesije št. \_\_\_\_\_ z dne \_\_\_\_\_ ter se podrobneje določajo pogoji, pod katerimi mora koncesionar opravljati javno zdravstveno službo na območju Občine Duplek.

Pogodbo se sklene za obdobje 15 let, z možnostjo podaljšanja na način in pod pogoji, kot jih določa področna zakonodaja.

## II. PREDMET POGODBE

### 2. člen

Predmet koncesijske pogodbe je izvajanje zdravstvene dejavnosti na področju fizioterapije kot javne službe v obsegu 1,00 tima, vključene v javno zdravstveno mrežo na primarni ravni, v skladu z veljavno zakonodajo, splošnimi akti koncedenta, ponudbo na javni razpis in odločbo o podelitvi koncesije.

Koncesionar začne opravljati in opravlja zdravstveno dejavnost iz prejšnjega odstavka na način kot to določa odločba o podelitvi koncesije, ta pogodba in prijava ponudnika na javni razpis, ki je sestavni del te pogodbe.

Koncesijsko dejavnost opravlja izključno koncesionar/odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti – \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_, stanujoč \_\_\_\_\_.

### 3. člen

Koncesionar je dolžan opravljati javno službo v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost, zdravstveno varstvo in zavarovanje, pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugimi predpisi in navodili, vezanimi na njegovo dejavnost in z določbami te pogodbe ter ostalih sklenjenih pogodb in dogovorov v zvezi z opravljanjem javne zdravstvene službe na primarni ravni.

Koncesionar mora ves čas trajanja koncesijske pogodbe izpolnjevati zakonsko določene pogoje za opravljanje koncesije in izpolnjevati pogoje, ki so bili zahtevani v javnem razpisu in ponujeni v ponudbi.

Koncesionar mora ves čas izvajanja javne službe vsem pacientom zagotavljati storitve upoštevajoč vsa spoznanja znanosti in po strokovno preverjenih metodah.

Koncesionar mora zagotavljati strokovno izvedbo dejavnosti.

## III. OBMOČJE IZVAJANJA JAVNE SLUŽBE

### 4. člen

Koncesionar je dolžan javno službo opravljati na območju Občine Duplek, in sicer na naslovu \_\_\_\_\_.

Koncesionar je \_\_\_\_\_ (najemnik/lastnik) teh prostorov.

Sprememba naslova opravljanja javne službe je mogoča samo po predhodni pridobitvi soglasja koncedenta, po spremembi odločbe iz 1. člena te pogodbe in s spremembo te pogodbe.

Koncesionar se zavezuje vlagati v sredstva v posodobitev in vzdrževanja prostorov ter opreme potrebnih za izvajanje javne službe, za katero se podeljuje koncesija na podlagi te pogodbe.

Ostali pogoji so opredeljeni v tej pogodbi.

## IV. PRAVICE IN OBVEZNOSTI POGODBENIH STRANK

### 5. člen

Koncesionar je dolžan:

- osebno opravljati koncesijsko dejavnost oziroma zagotoviti, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izključno osebno opravlja koncesijsko dejavnost, ki je predmet te pogodbe, razen v primeru načrtovane ali nenačrtovane odsotnosti iz 7. člena te pogodbe, ko mora zagotoviti ustrezno nadomeščanje;
- zagotavljati strokovne, tehnične in druge predpisane pogoje za opravljanje javne službe v celotnem obdobju trajanja koncesije;
- voditi zdravstveno statistične podatke v skladu s posebnim zakonom ter poročati območnemu zavodu za zdravstveno varstvo;
- vključiti se v enoti zdravstveno-informacijski sistem, ki je organiziran na nacionalni ravni;
- zagotoviti vse oblike notranjega nadzora in sistema kakovosti in varnosti;
- skleniti zavarovanje za škodo, ki jo pri izvajanju ali v zvezi z izvajanje javne službe povzroči koncesionar in drugi pri njem zaposleni ljudje uporabnikom ali drugim osebam in za škodo, ki nastane zaradi nepravilnega opravljanja dejavnosti javne službe;
- izpolnjevanje pogodbenih obveznosti z ZZZS razporediti skozi vse leto, spoštovati vse dogovore in pogodbe v zvezi z izvajanjem službe.

## 6. člen

Koncesionar je dolžan opravljati javno zdravstveno službo 5 dni v tednu v okviru naslednjega ordinacijskega časa, ki znaša skupaj \_\_\_\_\_ ur tedensko.

v ponedeljek	od _____	do _____
v torek	od _____	do _____
v sredo	od _____	do _____
v četrtek	od _____	do _____
v petek	od _____	do _____

V ordinacijskem času iz prejšnjega odstavka koncesionar ne sme opravljati dejavnosti, ki ne sodi v koncesijsko dejavnost, ki je predmet te pogodbe.

Ordinacijski čas se lahko spremeni le z aneksom k tej pogodbi.

Koncesionar je dolžan pri opravljanju dejavnosti uporabljati slovenski in tudi italijanski jezik.

Koncesionar mora na vidnem mestu objaviti cenik storitev, ki jih izvaja in ordinacijski čas.

## 7. člen

V primeru načrtovane in nenačrtovane odsotnosti je koncesionar dolžan poskrbeti za ustrezno nadomeščanje, kar pomeni, da mora med svojo odsotnostjo, v okviru svojega ordinacijskega časa in v svoji ordinaciji, zagotoviti, da storitve izvaja nadomestni izvajalec z isto strokovno usposobljenostjo, ki ga nadomešča.

Ne glede na prejšnji odstavek, sme biti koncesionar brez nadomestnega izvajalca odsoten skupno največ 14 dni na leto, od tega največ dva delovna dneva zaporedoma. Omejitev ne velja za primer bolniške odsotnosti z dela.

V primeru načrtovane odsotnosti mora koncesionar vsaj 3 dni prej obvestiti koncedenta in ZZZS, v primeru nenačrtovane odsotnosti pa jih je dolžan obvestiti najkasneje v 24. urah potem, ko so nastali razlogi za odsotnost.

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

#### 8. člen

Koncesionar se zavezuje na svoje stroške strokovno izpopolnjevati z namenom nudenja strokovnejših in kvalitetnejših storitev za zavarovance.

Koncesionar se mora strokovno in organizacijsko povezovati z ostalimi izvajalci zdravstvenih dejavnosti v javni zdravstveni mreži v Občini Duplek.

#### 9. člen

Koncedent ne zagotavlja koncesionarju sredstev za opravljanje javne zdravstvene službe.

Sredstva za opravljanje javne službe si koncesionar pridobiva na podlagi pogodbe z ZZZS oziroma s prodajo svojih storitev.

Koncesionar je dolžan skleniti oziroma obnoviti pogodbo z ZZZS v dveh mesecih po razpisu, sicer se mu koncesija lahko odvzame.

Koncesionar je dolžan koncedenta o sklenitvi pogodbe z ZZZS nemudoma obvestiti in pogodbo dostaviti, v primeru, da pogodbe ni sklenil, pa navesti razloge.

Koncesionar je dolžan obračunavati storitve, ki so predmet javnega zdravstvenega zavarovanja, v višini in na način, kot je to določeno v pogodbi z ZZZS in drugimi zavarovalnicami.

Koncesionar ni dolžan koncedentu plačevati koncesijske dajatve.

### **III. VELJAVNOST POGODBE**

## 10. člen

Ta pogodba se sklone za čas, ki je določen v odločbi o podelitvi koncesije iz 1. člena te pogodbe, šteto od dneva začetka opravljanja programa koncesijske dejavnosti.

## IV. POROČANJE IN NADZOR

### 11. člen

Koncesionar je dolžan enkrat letno, do 15. marca, koncedentu predložiti redno poročilo o izvajanju koncesije za preteklo leto in pri tem glede na naravo svoje dejavnosti izpostaviti predvsem izvajanje te pogodbe, izvajanje pogodbe z ZZZS in sodelovanje z drugimi izvajalci v javni zdravstveni mreži ter na zahtevo koncedenta poročati o svojem finančnem poslovanju v delu, ki se nanaša na opravljanje koncesijske dejavnosti.

Koncesionar je dolžan predložiti koncedentu, če ta to zahteva, tudi posebna ali vmesna poročila.

Koncedent v zahtevi določi vsebino poročila in rok za predložitev.

### 12. člen

Kadar koncedent ugotovi, da koncesionar ne opravlja javne službe pod predpisanimi pogoji, ga pisno opozori na kršitve, ki so razlog za odvzem koncesije, in mu določi primeren rok za odpravo kršitev. Predhodno opozorilo ni potrebno če gre za kršitve, ki imajo elemente kaznivega dejanja in v primerih, ki jih določa Zakon o zdravstveni dejavnosti.

Rok za odpravo pomanjkljivosti določi koncedent tudi, če koncesionar krši druga določila te pogodbe.

Če koncesionar ugotovljenih pomanjkljivosti ne odpravi v postavljenem roku, koncedent lahko izvajanje javne službe začasno prenese na drugega izvajalca, v skrajnem primeru pa koncesijo odvzame z odločbo o odvzemu koncesije.

Z dnem odvzema koncesije preneha veljati ta pogodba.

### 13. člen

Strokovni nadzor nad izvajanjem dela koncesionarja se izvaja v skladu z zakonom o zdravstveni dejavnosti, nadzor nad izpolnjevanjem obveznosti določenih na podlagi te pogodbe pa v skladu s to pogodbo.

Nadzor nad izvajanjem koncesijske odločbe in koncesijske pogodbe v delu, ki se nanaša na razmerje med koncedentom in koncesionarjem oziroma njune medsebojne pravice in obveznosti, izvaja koncedent.

Koncesionar mora omogočiti nadzor nad njegovim delom s strani koncedenta kot tudi s strani pristojnih organov, ki opravljajo nadzor nad delom zdravstvenih delavcev s ciljem zagotavljanja strokovnosti.

Koncedent lahko kadarkoli od ZZZS zahteva poročilo o izpolnitvi dogovorjenega programa in glede na ugotovitve nadzora ali zaradi pritožb zavarovancev da pobudo pristojnemu ministrstvu, pristojni zbornici, ZZZS oziroma pristojnim organom, da pri koncesionarju opravijo ustrezen nadzor v skladu z zakonom.

Koncedent ne odgovarja za morebitno škodo, povzročeno z opravljanjem ali neopravljanjem koncesijske dejavnosti koncesionarja.

## V. PRENEHANJE POGODBE

### 14. člen

Ta pogodba preneha:

- potekom časa, za katerega je bila sklenjena,
- s smrtjo koncesionarja,
- s stečajem, upokojitvijo ali zaradi drugega načina prenehanja koncesionarja ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti,
- z odpovedjo pogodbe iz razlogov in pod pogoji, ki so določeni v koncesijski pogodbi,
- če je pravnomočno koncesijska odločba odpravljena ali izrečena za nično,
- v primeru odvzema koncesije s strani koncedenta,
- s sporazumom.

### 15. člen

Koncedent lahko odvzame koncesijo z upravno odločbo v primerih določenih z zakonom, splošnimi akti koncedenta, odločbo o podelitvi koncesije, v primeru kršitve 3. člena te pogodbe, v primerih iz 12. člena te pogodbe ter v naslednjih primerih:

- je bilo koncesionarju dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti odvzeto v skladu s 3.b členom Zakona o zdravstveni dejavnosti,
- koncesionar ne izpolnjuje pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz 44.č člena tega zakona,
- koncesionar krši določbe koncesijske odločbe ali koncesijske pogodbe, ali preneha v celoti ali deloma opravljati koncesijsko dejavnost ali ne izvaja dejavnosti v skladu s ponudbo na javni razpis,
- koncesionar krši predpise s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvenih

storitev, delovnih razmerij, davkov in prispevkov za socialno varnost, računovodstva in drugih predpisov v delu, ki se nanašajo na opravljanje zdravstvene dejavnosti,

- koncesionar ne ravna v skladu z izrečenimi ukrepi v okviru nadzora po Zakonu o zdravstveni dejavnosti,
- koncesionar prenese koncesijo na drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- koncesionar v roku, ki je določen v koncesijski odločbi, ne izpolni pogojev za začetek opravljanja koncesijske dejavnosti, za katere je bilo v koncesijski odločbi določeno, da jih koncesionar izpolni po podelitvi koncesije in pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti,
- če koncesionar do 1.9.2018 ne začne opravljati dejavnosti v skladu z odločbo o podelitvi koncesije iz 1. člena te pogodbe,
- če koncesionar odkloni sklenitev pogodbe z ZZZS, ki bi bila v skladu s koncesijo;
- če ZZZS prekine ali ne sklene pogodbe s koncesionarjem zaradi njegovih kršitev pogodbenih obveznosti;
- v drugih primerih določenih s to pogodbo.

Z dnem odvzema koncesije preneha veljati ta pogodba.

#### 16. člen

Koncesionar lahko odpove to pogodbo z odpovednim rokom 10 mesecev.

#### 17. člen

Ta pogodba lahko sporazumno preneha na pobudo katerekoli izmed pogodbenih strank in rokom, ki ga pogodbeni stranki sporazumno določita.

### **VI. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE**

#### 18. člen

Koncesionar je dolžan pričeti opravljati koncesijsko dejavnost v roku 1 meseca po sklenitvi pogodbe z ZZZS in o pričetku dela predhodno pisno obvestiti koncedenta, sicer se mu koncesija lahko odvzame.

#### 19. člen

Koncesionar je dolžan vsako spremembo pogojev in okoliščin, ki so bili podani ob sklenitvi koncesijske pogodbe ali sicer vplivajo na koncesijsko razmerje, pisno sporočiti koncedentu v roku 15 dni pred njihovim nastopom, v nasprotnem primeru pa takoj, ko je to mogoče.

V primeru, da bi lahko zaradi zamudnosti pisnega sporočanja lahko nastala škoda za premoženje ali zdravje ljudi, je koncesionar dolžan obvestilo iz prejšnjega odstavka podati takoj po telefonu.

#### 20. člen

V primeru, da se ugotovi, da je pri izvedbi javnega razpisa, na podlagi katerega je podpisana ta pogodba ali pri izvajanju te pogodbe, kdo v imenu ali na račun druge pogodbene stranke, predstavniku, zastopniku ali posredniku prve pogodbene stranke, uslužbencu občinske uprave, funkcionarju, predstavniku ali članu politične stranke 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 prvi pogodbeni stranki povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku, zastopniku ali posredniku prve pogodbene stranke, uslužbencu občinske uprave, funkcionarju, predstavniku ali članu politične stranke, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, 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, pričela z ugotavljanjem pogojev ničnosti pogodbe iz prejšnjega odstavka tega člena oziroma z drugimi ukrepi v skladu s predpisi Republike Slovenije.

#### 21. člen

Morebitne spore iz te pogodbe rešujeta pogodbeni stranki sporazumno, v kolikor sporazum ni dosežen, pa je za reševanje spora pristojno sodišče v Kopru.

#### 22. člen

Ta pogodba je napisana v štirih enakih izvodih, od katerih prejme vsaka pogodbeni stranka po dva izvod.

#### 23. člen

Pogodba začne veljati z dnem podpisa pogodbe s strani obeh pogodbenih strank.

Številka:  
Datum:

**KONCESIONAR**

---

Številka:  
Datum:

**KONCEDENT**  
**OBČINA DUPEK**  
Župan  
Mitja Horvat



Javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na primarni ravni na področju fizioterapije  
na območju Občine Duplek