**PRIJAVA NA**

**JAVNI POZIV ZZZS ZA ODDAJO PONUDB ZA ZAČASNI PRENOS PROGRAMA ZA POGODBENO LETO 2022**

1. **Osnovni podatki izvajalca**

Šifra izvajalca (RIZDDZ številka – če izvajalec še nima RIZDDZ številke, jo mora pridobiti pred sklenitvijo pogodbe): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv izvajalca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek pooblaščene osebe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov sedeža izvajalca (ulica in številka, kraj, poštna številka):

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

Telefonska številka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv območne enote ZZZS, v kateri ima izvajalec sedež:

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

Številka transakcijskega računa in naziv banke, kjer je odprt račun:

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

ID št za DDV: SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ davčna številka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonska številka za stike z ZZZS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonska številka za stike z zavarovanci oz. objavo na spletni strani ZZZS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov e-pošte za stike z ZZZS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov e-pošte za stike z zavarovanci oz. objavo na spletni strani ZZZS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Program**

Na podlagi javnega poziva Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije izvajalcem zdravstvene dejavnosti k oddaji ponudb za začasni prenos programa za pogodbeno leto 2022, prijavljam program zdravstvene dejavnosti oz. storitev iz Priloge 3 javnega poziva (Ocenjeni obseg nerealiziranega programa, ki se lahko začasno prenese v pogodbenem letu 2022)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zaporedna številka programa iz Priloge 3 javnega poziva | Šifra vrste, podvrste in storitve ter naziv zdravstvene dejavnosti | OE, iz katere bi prevzeli program | OE, v kateri bomo izvajali program | Obseg ponujenega programa (zgornjo mejo predstavlja obseg programa iz Priloge 3 javnega poziva)\* | Minimalni obseg od ponujenega programa, ki smo ga pripravljeni prevzeti |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Opomba: za ponudbo prospektivnega programa vpišite št. primerov in št.uteži.

1. **Nosilci[[1]](#footnote-1) za izvajanje programa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zaporedna številka programa iz Priloge 3 javnega poziva | Šifra vrste, podvrste in storitve ter naziv zdravstvene dejavnosti | Št. nosilca iz evidence  RIZDDZ | Ime in priimeknosilca |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Med odsotnostjo bo nadomeščanje izvajal (vpišite samo za programe zunajbolnišnične dejavnosti):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zaporedna številka programa iz Priloge 3 javnega poziva | Šifra vrste, podvrste in storitve ter naziv zdravstvene dejavnosti | Naziv izvajalca oz. ime in priimek zdravstvenega delavca, ki bo zagotavljal nadomeščanje |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Ordinacijski čas**

Ordinacijski čas opredelite za vsako zunajbolnišnično dejavnost in za vsakega nosilca iz točke 3 posebej, in sicer v skladu s 35. členom Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2022.

1. **Dokazilo**

K prijavi prilagam:

1. Veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti za ponujen program, ki je izdano do dne objave tega javnega poziva.
2. **Izjave**

**Izjava ponudnika o opravljanju vrste zdravstvene storitve, ki je predmet ponujenega programa**

Spodaj podpisana pooblaščena oseba izjavljam, da:

* na dan objave tega javnega poziva opravljam vrsto zdravstvene storitve, ki je predmet ponujenega programa.

**Izjava ponudnika o izpolnjevanju kadrovskih in prostorskih pogojev**

Spodaj podpisana pooblaščena oseba izjavljam, da imam:

* zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje za opravljanje zdravstvenih storitev, ter
* zadostne prostorske zmogljivosti in opremo za izvedbo ponujenega obsega programa.

**Izjava ponudnika za zagotovitev tehničnih možnosti za začetek izvajanja začasno prevzetega programa**

Spodaj podpisana pooblaščena oseba izjavljam, da si bom zagotovila tehnične možnosti za začetek izvajanja začasno prevzetega programa (npr.  zagotovila si bom ustrezne računalniške povezave z Zavodom in po potrebi z drugimi pristojnimi institucijami, pridobila profesionalno kartico v skladu z akti Zavoda, poskrbela za vključitev v sistem eNaročanja).

**Izjava ponudnika o izvajanju, beleženju in obračunavanju začasno prevzetega programa ter sprejemanju ostalih pogojev določenih v javnem pozivu**

Spodaj podpisana pooblaščena oseba sprejemam:

* da bom izvajala, beležila in obračunavala začasno prevzet program pod pogoji, ki veljajo za izvajalce, ki že imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom iz 65. člena ZZVZZ in
* sprejemam vse druge pogoje, določene v tem javnem pozivu, vključno z vsebino vzorca dodatka k pogodbi z Zavodom iz Priloge 1 oziroma z vsebino vzorca pogodbe z Zavodom iz Priloge 2, ki sta sestavna dela tega javnega poziva.

Kraj in datum: Ime in priimek pooblaščene osebe:

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

Podpis in žig pooblaščene osebe:

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

1. Zdravnik ali dip. fizioterapevt, ipd [↑](#footnote-ref-1)