

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 bom javno zdravstveno službo na primarni ravni na področju zobozdravstvenega varstva mladine na območju Mestne občine Koper opravljal v ambulanti Osnovne šole Koper, na naslovu Cesta Zore Perello-Godina 1, 6000 Koper;
- 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 Mestno občino Koper veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/11 – uradno prečiščeno besedilo, 158/20, 3/22 – ZDeb in 16/23 – ZZPri) ter
- da pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki, navedeni v ponudbi resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Mestni občini Koper, Uradu za družbene dejavnosti oziroma pooblaščenca, da za namene Javnega razpisa za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na primarni ravni na področju zobozdravstvenega varstva mladine št. 160-8/2024 opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter ustreznih zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje zahtevanih podatkov in uradnih listin. Dovoljenje vključuje tudi poizvedbe na podlagi: notranjega nadzora, strokovnega nadzora s svetovanjem, upravnega nadzora, systemskega nadzora, nadzora ZZZS nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti in inšpekcijskega nadzora.

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 odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi

_____ (ime in priimek odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti)

Izjavljam,

- da bom javno zdravstveno službo na primarni ravni na področju zobozdravstvenega varstva mladine na območju Mestne občine Koper opravljal(a) v ambulanti Osnovne šole Koper, na naslovu Cesta Zore Perello-Godina 1, 6000 Koper;
- 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 Mestno občino Koper veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/11 – uradno prečiščeno besedilo, 158/20, 3/22 – ZDeb in 16/23 – ZZPri) ter
- da pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki, navedeni v prijavi resnični in verodostojni.

Zakoniti zastopnik pravne osebe izrecno dovoljujem Mestni občini Koper, Uradu za družbene dejavnosti oziroma pooblaščenцу, da za namene Javnega razpisa za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na primarni ravni na področju zobozdravstvenega varstva mladine št. 160-8/2024 opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku in odgovornem nosilcu pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter ustreznih zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje zahtevanih podatkov in uradnih listin. Dovoljenje vključuje tudi poizvedbe na podlagi: notranjega nadzora, strokovnega nadzora s svetovanjem, upravnega nadzora, systemskega nadzora, nadzora ZZS nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti in inšpekcijskega nadzora.

V _____, dne _____.

ŽIG
(če ga ponudnik uporablja)

PONUĐNIK:
(podpis zakonitega zastopnika ponudnika)

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