**PRIJAVA TESTNI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Javno naročilo** | |
| **Naročnik** | **Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)**  **Trubarjeva cesta 2**  **1000 Ljubljana** |
| **Oznaka javnega naročila** | 16K130218 |
| **Predmet javnega naročila** | Izvedba zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu v skladu z novo/obstoječo klinično potjo in zbiranje podatkov o učinkovitosti le-te |

1. **SPLOŠNI PODATKI O SUBJEKTIH, VKLJUČENIH V IZVEDBO JAVNEGA NAROČILA**
   1. **SUBJEKT**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Naziv in sedež** |
| **Prijavitelj** |  |

* 1. **KONTAKTNA OSEBA**

Šteje se, da je bilo kakršnokoli sporočilo v zvezi s predmetnim javnim naročilom pravilno naslovljeno na prijavitelja, če je bilo poslano na spodnji naslov/elektronski naslov.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime in priimek** |  |
| **Organizacija in sedež** |  |
| **Telefon** |  |
| **E-pošta** |  |

* 1. **CENE**

|  |
| --- |
| **CENA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postavka** | **Pogoj[[1]](#footnote-1)** | **Količina**  **(min- max)** | **Enota** | **Cena na enoto v EUR brez DDV** | **Skupni znesek za minimalno-maksimalno količino in ceno v EUR brez DDV** |
| 1. Delo 1 triažnega fizioterapevta, 1 informatika, 4 sodelujočih v CKZ | Kontinuirano sodelovanje v času trajanja pilota v skladu z navodili naročnika | 1 | kom | 22.240,00 € | 22.240,00 € |
| 1. Delo fizioterapevtov | Kontinuirano sodelovanje v času trajanja pilota v skladu z navodili naročnika | 1–3 | oseba | 800,00 € | 800,00 €–2.400,00 € |
| 1. Delo ambulante družinske medicine | Kontinuirano sodelovanje v času trajanja pilota v skladu z navodili naročnika | 6 | št. ambulant | 480,00 € | 3.840,00 € |
| 1. Dodatne storitve spec. MDPŠ | Opravljene storitve v skladu z navodili naročnika | 0*–*240 | storitev | 30,00 € | 0 €*–*7.200,00 € |
| 1. Izobraževanje iz kronične bolečine | 100% udeležba posameznega strokovnjaka, za katerega je udeležba predvidena | 18*–*23 | št. udeležencev | 60,00 € | 1.080 €*–*1.380,00 € |
| **SKUPAJ minimalni–maksimalni znesek** **v EUR brez DDV** | | | | | **27.960,00 €*–* 37.060,00 €** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vrednost DDV** | Storitve so oproščene plačila DDV. |

Naročnik ima za izvedbo naročila omejena zagotovljena sredstva po višini in časovni razpoložljivosti.

Iz tega razloga je naročnik za posamezno postavko oz. skupino postavk določil višino zagotovljenih sredstev oz. ceno, ki je zanj še sprejemljiva (Cena na enoto, vpisane v zgornji tabeli).

Prijavitelji lahko ponudijo izvedbo storitev v obsegu med minimalno in maksimalno količino (Količina (min – max), vpisana v zgornji tabeli) za najvišjo sprejemljivo ceno postavke (Cena na enoto, vpisana v zgornji tabeli).

Naročnik bo plačilo izvedel v skladu s ponujeno ceno in realiziranim obsegom opravljenega dela s strani ponudnika. V primeru, da bo realizacija za posamezno postavko manjša od minimalnega obsega dela, navedenega v zgornji tabeli, si naročnik pridržuje pravico, da omenjene postavke ponudniku ne plača.

V primeru, da ponujena cena postavke oz. skupine postavk presega najvišjo sprejemljivo ceno, določeno s strani naročnika, bo taka prijava zavrnjena.

Naročnik si pridržuje pravico, da za dodatne storitve z izvajalcem sklene aneks k pogodbi.

* 1. **IZJAVA PRIJAVITELJA**
* veljavnost naše ponudbe je 3 mesece od roka za predložitev ponudb;
* strinjamo se z vzorcem pogodbe;
* s podpisom tega obrazca podpisujem prijavo kot celoto.

Zastopnik/pooblaščenec prijavitelja: V/na , dne

Ime in priimek:

Podpis in žig:

1. **PODATKI IN ZAVEZE PRIJAVITELJA**
   1. **OSNOVNI PODATKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naziv in sedež** |  |
| **Matična številka** |  |
| **ID št. za DDV** |  |
| **Zakoniti zastopnik** |  |

* 1. **IZJAVA**

Spodaj podpisani zastopnik prijavitelja, ki je vključen v izvedbo predmetnega javnega naročila, izjavljam, da smo seznanjeni s pogoji, merili in ostalo vsebino razpisne dokumentacije za navedeno javno naročilo ter jih v celoti sprejemamo.

S podpisom te izjave potrjujem tudi izpolnjevanje spodnjih pogojev:

* zdravstveni dom razpolaga z naslednjimi strokovnjaki

*(Vpišite število strokovnjakov na prvo prazno črto, na drugo prazno črto pa vpišite obdobje razpoložljivosti določenega kadra. ZD mora razpolagati s tolikšnim številom strokovnjakov v obdobju trajanja pilota kot zahtevano v Navodilih prijaviteljem v 7. poglavju, Preverjanje ustreznosti, pogoji za sodelovanje):*

* a) zdravnik specialist ali specializant splošne/družinske medicine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* b) medicinske sestre/zdravstveniki v ambulanti splošne/družinske medicine: \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* c) diplomirani ali višji fizioterapevt s specialnimi znanji (opredeljenimi v Navodilih prijaviteljem): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* d) diplomirani ali višji fizioterapevt s specialnimi znanji (opredeljenimi v Navodilih prijaviteljem), ki bo opravljal delo triažnega fizioterapevta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* e) strokovnjaki iz centra za krepitev zdravja (opredeljeni v Navodilih prijaviteljem): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* f) zdravnik specialist ali specializant medicine dela, prometa in športa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in
* g) informatik oz. delavec, zadolžen za informacijsko podporo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* na trgu izvajamo manj kot 20 odstotkov dejavnosti, ki jih zajema predmet naročila;
* subjekt ni podal neresničnih ali zavajajočih podatkov v ponudbi, ki bi lahko vplivali na naročnikovo odločitev o izbiri;
* za isti namen nismo sofinancirani iz drugih sredstev državnega proračuna (prepoved dvojnega financiranja);
* za stroške, ki so predmet tega javnega naročila nismo prejeli drugih javnih sredstev financiranja, vključno s sredstvi Evropske unije.

Prijavitelj se zaveže, da bo za izvedbo predmeta posla zagotovil strokovnjake, kot izhaja iz te prijave. Prav tako bo zagotovil, da bodo ti strokovnjaki:

* s 100% prisotnostjo udeleženi na izobraževanjih, opredeljenimi v Specifikacijah,
* izvajali pilotne aktivnosti, kot so opredeljene v Specifikacijah.
  1. **Dosedanje sodelovanje v projektu »Zmanjševanje bolniškega staleža zaradi bolečine v hrbtu« (projekt BH)**

(*navedite strokovnjake vašega ZD, ki so sodelovali v prvem delu projekta BH, v delovni skupini za interdisciplinarna strokovna in organizacijska priporočila za obravnavo pacientov z bolečino v hrbtu)*

* 1. **Opis informacijske podpore, ki jo lahko ponudite**

(*opišite informacijsko podporo, ki jo lahko ponudite, pri čemer naj vam bo v pomoč dokument Navodila prijaviteljem, 8. poglavje Ocenjevanje prijav)*

* 1. **Drugo** (informacije, ki so morebiti še pomembne):

Zastopnik/pooblaščenec prijavitelja: V/na , dne

Ime in priimek:

Podpis in žig:

1. Tu navedeni pogoji so natančneje opredeljeni v obrazcu Specifikacije [↑](#footnote-ref-1)