

PRIJAVA

Javno naročilo	
Naročnik	NIJZ Trubarjeva cesta 2 1000 LJUBLJANA
Oznaka	34K120520
Ime posla	Izvajanje storitve prvega nivoja podpore uporabnikom eZdravja

Povsod, kjer obrazec »P-2« uporablja izraz »ponudnik«, gre v postopkih, kjer ne gre za ponudnike, temveč kandidate, izraz »ponudnik« interpretirati v smislu izraza »kandidat«. V obrazec »Prijava« udeleženci vpisujejo podatke, ki se nanašajo izključno na poslovne subjekte, ki se prijavljajo na razpis.

Obrazec »P-2: Prijava« je sestavljen iz dveh točk:

1. **Splošnih podatkov o ponudniku**, referencah in podatkov vseh udeležencev. Ta del obrazca izpolni pooblaščen predstavnik poslovodečega ponudnika v imenu vseh udeležencev, če gre za skupni posel.
2. **Podatki in zaveze posameznih udeležencev**. Druga točka obrazca »P-2 Prijava«, ki ga ponudnik, če nastopa samostojno, izpolni zase, v primeru skupne ponudbe pa ga zase izpolni vsak od udeležencev, podpiše pa ga pooblaščen predstavnik udeleženca, katerega podatki se izpolnjujejo v tej točki.

Npr. v primeru dveh partnerjev prvo točko izpolni poslovodeči partner, vsak od partnerjev pa izpolni in priloži drugo točko obrazca zase, v primeru treh partnerjev drugo točko izpolnijo in priložijo drugo točko obrazca zase vsi trije itn.

1 SKUPNI PODATKI O UDELEŽENCIH**1.1 SPLOŠNI PODATKI O PONUDNIKU****Predmet naročila:****Izvajanje storitve prvega nivoja podpore uporabnikom rešitev eZdravja****Ime in priimek oz naziv firme:****Naslov:****Zakoniti zastopniki:****Registrsko sodišče in številka:****Matična številka:****Identifikacijska številka:****Številka transakcijskega računa, odprtega pri banki:****Kontaktna oseba ponudnika:****Telefonska številka:** _____, GSM : _____**Številka faksa:** _____, e-pošta: _____**Odgovorna oseba za podpis pogodbe:****Podjetje se uvršča med¹:** mikro/malo/srednje veliko podjetje
 veliko podjetje

S podpisom jamčimo, da so vsi zgoraj navedeni podatki točni.

Kraj in datum:

Žig in podpis ponudnika:

¹ MSP – kot je opredeljeno v Priporočilu Komisije 2003/361/ES

1.2 UDELEŽENCI

	Firma in ime	Država sedeža
Poslovodeči partner		
Partner		
Partner		

1.3 KONTAKTNA OSEBA

Šteje se, da je bilo kakršnokoli sporočilo v zvezi z zadevnim javnim naročilom pravilno naslovljeno na ponudnika, če je bilo poslano na kateregakoli od vpisanih kontaktnih podatkov.

Ime in priimek	
Organizacija	
Naslov	
Telefon	
Faks	
e-Pošta	

1.4 REFERENCE

1. Uspešno vodenje klicnega centra za najmanj 1 (enega) naročnika.

Izpolnjevanje pogoja ponudnik dokazuje s podpisanim in ustrezno izpolnjenim obrazcem o referenci.

Obrazec mora podpisati odgovorna oseba pri naročniku referenčnega posla. Ponudnik mora na zahtevo priložiti tudi originalno podpisan obrazec (poleg kopije ali skena podpisanega obrazca) opremljen z žigom naročnika. Iz podpisanega obrazca o referenci morajo biti razvidni vsi zahtevani podatki. Če obrazec za referenco ni v celoti izpolnjen v slovenščini, mora ponudnik originalu priložiti sodno overjen prevod. Na obrazcu o referenci morajo biti navedeni kontaktni podatki odgovorne osebe pri naročniku referenčnega posla.

a.) V kolikor ponudnik izvaja storitve klicnega centra za zunanjega naročnika, mora dokazati uspešno vodenje klicnega centra za najmanj 1 (enega) naročnika in mora zadostiti naslednjim pogojem:

Ponudnik mora:

- imeti, ali pa je imel sklenjeno veljavno pogodbo za vodenje klicnega centra z naročnikom referenčnega posla, ki je bila v obdobju 3 let pred datumom oddajanja ponudbe veljavna vsaj 12 zaporednih mesecev, ali pa je še veljavna ob datumu oddajanja ponudbe in je bila sklenjena za obdobje najmanj 12 mesecev. Veljavnost ponudnikove pogodbe z naročnikom referenčnega posla mora biti jasno razvidna iz referenc;
- v 12 zaporednih mesecih povprečno obravnavati vsaj 1.500 zahtevkov mesečno s področja zdravstvenih podatkov¹ prebivalcev za navedenega naročnika.

Ob tem mora ponudnik v referenčnem potrdilu dokazati tudi izkušnje z oddaljenim povezovanjem na infrastrukturo vsaj enega naročnika in uspešno reševanje problemov na daljavo.

Za dostop uporabnikov do klicnega centra referenčnega naročnika mora ponudnik uporabljati vse zahtevane komunikacijske poti, kar mora biti razvidno iz referenčnega potrdila:

- telefon,
- elektronsko pošto,
- spletni obrazec.

b.) V kolikor ponudnik izvaja storitve klicnega centra v okviru lastnega poslovanja, mora zadostiti naslednjim pogojem:

Ponudnik mora:

- imeti v okviru lastnega poslovanja vzpostavljen in delujoč klicni center;
- v zadnjih 12 mesecih povprečno obravnavati najmanj 1.500 zahtevkov na mesec s področja zdravstvenih podatkov¹ prebivalcev .

Klicni center mora obstajati in delovati najmanj 12 zaporednih mesecev pred datumom oddaje ponudbe in mora biti aktiven ob datumu oddaje ponudbe.

Ob tem mora ponudnik dokazati tudi izkušnje z oddaljenim povezovanjem na infrastrukturo uporabnika in uspešno reševanje problemov na daljavo.

Za dostop uporabnikov do klicnega centra mora ponudnik uporabljati vse zahtevane komunikacijske poti, kar mora biti razvidno iz dokazil:

- telefon,
- elektronsko pošto,
- spletni obrazec.

Pogoja a in b sta alternativna: ali vodenje centra za najmanj 1 naročnika ali pa lastni klicni center.

¹Razlaga definicije »zdravstveni podatki«

Pravne podlage za razumevanje definicije posebnih vrst osebnih podatkov, med katere sodijo »zdravstveni podatki« (občutljivi osebni podatki), so opisane v določbah o varstvu osebnih podatkov Splošne uredbe o varstvu osebnih podatkov (GDPR), Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1) in ostalih določbah področnih zakonov npr. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), in Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ).

Naročnik si pridržuje pravico do vpogleda v original pogodbe ali naročilnice.

2. Poznavanje rešitev eZdravja

Ponudnik mora dokazati poznavanje rešitev eZdravja, kot so eRecept, eNaročanje, CRPP, varnostna shema, zNET, zVEM in drugih. To dokaže s podpisanim potrdilom Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali Nacionalnega inštituta za javno zdravje, v kateri mora biti navedeno sodelovanje ponudnika pri razvoju, uvajanju, izobraževanju ali vzdrževanju ene od omenjenih rešitev.

Referenca za uspešno izvedbo

Zaporedna številka reference	Naročnik referenčnega posla (naziv in naslov)	
	Ime referenčnega posla	
Izvajalec referenčnega posla		
Partnerji pri referenčnem poslu (če je šlo za skupni posel)		
Delež ponudnika, če je bil udeležen v skupnem poslu (v %)		
Skupna vrednost posla v EUR brez davka		
Opis posla, iz katerega je razvidno izpolnjevanje pogojev:		
Datum začetka in končanja posla ali datum začetka in trajanje pogodbe		
Kontaktna oseba pri naročniku referenčnega posla, ki lahko potrди referenco	Ime in priimek: E-pošta: Telefon:	
Podpis in žig naročnika referenčnega posla		

2 PODATKI IN ZAVEZE POSAMEZNIH UDELEŽENCEV

V primeru partnerske ponudbe mora izpolniti točko 2. vsak izmed partnerjev.

2.1 REGISTRACIJA IN DEJAVNOSTI

Registrski podatki			
Popolna firma			
	Številka	Datum	Registrsko sodišče
Prva registracija			
Zadnja sprememba			

2.2. NASTOPANJE S PODIZVAJALCI

Ponudnik nastopa s podizvajalci (izberite ustrezen odgovor)

DA
NE

Ponudnik oz. udeleženc v skupnem poslu, ki nastopa s podizvajalci, mora za vsakega od podizvajalcev predložiti izpolnjen, podpisan iz žigosan obrazec P-6 »Podatki podizvajalca«, v katerega mora navesti vse zahtevane podatke.

Ponudniku oz. udeležencu v skupnem poslu, ki nastopa brez podizvajalcev, ni potrebno predložiti obrazca P-6 »Podatki podizvajalca«.

2.3. IZJAVA

Spodaj podpisani, zastopnik/pooblaščenec ponudnika, ki se prijavlja na predmetni razpis za javno naročilo izjavljam, da smo seznanjeni s pogoji, merili in ostalo vsebino razpisne dokumentacije za navedeno javno naročilo ter jih v celoti sprejemamo.

S podpisom tega obrazca dajemo uradno soglasje, da Nacionalni inštitut za javno zdravje v zvezi z oddajo tega javnega naročila pridobi podatke za preveritev ponudbe v skladu z 89. Členom ZJN-3 v enotnem informacijskem sistemu – eDosje iz devetega odstavka 77. Člena ZJN-3.

S podpisom tega obrazca podpisujem ponudbo kot celoto.

Podpisnik v imenu udeleženca:

V/na _____, **dne** _____

Ime in priimek:

Podpis: