

## **VI. PRIJAVNI OBRAZEC IN IZJAVE – PRAVNE OSEBE/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

### **PRIJAVNI OBRAZEC ZA PRAVNE OSEBE/SAMOSTOJNE PODJETNIKE**

#### **PODATKI O PONUDNIKU – PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika):	
NASLOV:	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	
TELEFONSKA ŠTEVILKA:	
ELEKTRONSKI NASLOV:	
NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI:	

#### **Zakoniti zastopnik ponudnika:**

PRIIMEK IN IME:	
STALNO PREBIVALIŠČE:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	
TELEFONSKA ŠTEVILKA:	
ELEKTRONSKI NASLOV:	

#### **Podatki o odgovornem nosilcu zdravstvene dejavnosti pri ponudniku:**

PRIIMEK IN IME:	
STALNO PREBIVALIŠČE:	
EMŠO:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	
TELEFONSKA ŠTEVILKA:	
ELEKTRONSKI NASLOV:	

**Podatki o nosilcu zdravstvene dejavnosti pri ponudniku  
(zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti):**

PRIIMEK IN IME:	
STALNO PREBIVALIŠČE:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	
TELEFONSKA ŠTEVILKA:	
ELEKTRONSKI NASLOV:	

V okviru javnega razpisa Občine Tolmin za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva za odrasle v občini Tolmin št. 014-0001/2026, kandidiram za podelitev koncesije na razpisanem področju zobozdravstva za odrasle v obsegu 1,00 programa.

Izjavljam, da:

- se v celoti strinjam in sprejemam vse pogoje iz razpisne dokumentacije in vsa merila za izbor koncesionarja s tem javnim razpisom,
- nisem subjekt, za katerega bi za Občino Tolmin 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),
- pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi za podelitev koncesije resnični.

Za namene tega javnega razpisa izrecno dovoljujem Občini Tolmin, da lahko opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

---

(podpis zakonitega zastopnika ponudnika oz. pravne osebe ter žig, če ga ponudnik uporablja)

Kraj in datum:

---

(podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri ponudniku)

Kraj in datum:

---

(podpis nosilca zdravstvene dejavnosti – zahtevano v primeru, če zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije ne bo opravljal odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti)

## **SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE – PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

Podpisani

(podatki zakonitega zastopnika pravne osebe ali samostojnega podjetnika)

PRIIMEK IN IME:	
STALNO PREBIVALIŠČE:	
EMŠO:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

za pravno osebo:

NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika):	
NASLOV:	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva za odrasle v občini Tolmin v obsegu 1,00 programa, Občini Tolmin dajem soglasje za pridobitev podatkov o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz 3.a člena Zakona o zdravstveni dejavnosti - ZZDej (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, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ, 32/25 in 112/25 – odl. US).

Kraj in datum:

Ponudnik:

\_\_\_\_\_  
(podpis ponudnika)

**SOGLASJE ZA PRIDOBITEV PODATKOV O POSTOPKIH PRED ORGANI PRISTOJNE ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV V ZVEZI Z OPRAVLJANJEM POKLICA – ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti:

PRIIMEK IN IME:	
NASLOV:	
EMŠO:	

za pravno osebo:

NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika):	
NASLOV:	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

dajem Občini Tolmin za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva za odrasle v občini Tolmin v obsegu 1,0 programa za namen dokazovanja izpolnjevanja pogoja iz sedme alineje prvega odstavka 44.č člena Zakona o zdravstveni dejavnosti - ZZDej (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, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ, 32/25 in 112/25 – odl. US) soglasje za pridobitev podatkov iz evidence o izvedenih strokovnih nadzorih s svetovanjem in odrejenih ukrepih, ki jo vodi Zdravniška zbornica Slovenije.

Kraj in datum:

Ponudnik:

\_\_\_\_\_  
(podpis ponudnika)

## **SOGLASJE ZA DOSTOP DO PODATKOV IZ URADNE EVIDENCE MINISTRSTVA ZA PRAVOSODJE – ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Podpisani odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti:

PRIIMEK IN IME:	
STALNO PREBIVALIŠČE:	
EMŠO:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

pri pravni osebi:

NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika):	
NASLOV:	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

dajem Občini Tolmin za namen prijave na javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti na področju zobozdravstva za odrasle v občini Tolmin v obsegu 1,0 programa, za namen dokazovanja izpolnjevanja pogoja iz druge alineje petega odstavka 3.a člena Zakona o zdravstveni dejavnosti - ZZDej ZZDej (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, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ, 32/25 in 112/25 – odl. US), soglasje za posredovanje podatkov iz evidence ministrstva, da nisem bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali nisem bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti.

Kraj in datum:

Ponudnik:

\_\_\_\_\_  
(podpis ponudnika)

**IZJAVA PONUDNIKA O IZPOLNJEVANJU ZAKONSKIH IN DRUGIH POGOJEV  
IZ TOČKE 8 JAVNEGA RAZPISA - PRAVNA OSEBA/SAMOSTOJNE PODJETNIK**

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika:

NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika):	
NASLOV:	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

izjavljam, da:

- 8.1. ima ponudnik dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti
- 8.2. bo imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju za polni delovni čas zaposlenega odgovornega nosila zdravstvene dejavnosti (dokazilo o izpolnjevanju pogoja – pogodba o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datuma rojstva – bo predložena koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);
- 8.3. bo imel ponudnik najkasneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti na razpisanem področju zaposlenega ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljenega usposobljenega zdravstvenega delavca, ki izpolnjuje pogoje iz ZZDej in ki bo opravljal zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije, v kolikor to ne bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (dokazilo o izpolnjevanju tega pogoja — pogodba o zaposlitvi ali druga zakonita podlaga za zagotovitev zdravstvenega delavca s prikritimi podatki o višini plače in osebnimi podatki, razen imena in priimka ter datum a rojstva — bo predložena koncedentu pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti);
- 8.4. ima ponudnik urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike;
- 8.5. bom sklenil pogodbo z javnim zdravstvenim zavodom o obsegu in vrsti sodelovanja za potrebe izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva;
- 8.6. ponudniku v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe ni bila odvzeta koncesija iz razlogov, opredeljenih v 44.j členu ZZDej;
- 8.7. da nisem v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;
- 8.8. pri ponudniku ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil po 75. členu Zakona o javnem naročanju (ZNJ-3);
- 8.9. bo ponudnik v primeru podelitve koncesije prevzel vse opredeljene osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjemu izvajalcu razpisane koncesije in s tem soglašajo;

Za namene tega javnega razpisa izrecno dovoljujem Občini Tolmin, da lahko opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

Ponudnik:

---

(podpis ponudnika)

**IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU**

PRIIMEK IN IME:	
STALNO PREBIVALIŠČE:	
DATUM ROJSTVA:	

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika:

NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika):	
NASLOV:	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

izjavljam, da v skladu s 3.a členom ZZDej:

- izpolnjujem pogoje za samostojno opravljanje dela,
- imam ustrezne delovne izkušnje na strokovnem področju, za katerega se izdaja dovoljenje oz. izpolnjujem pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe iz zakona, ki ureja zdravniško službo in imam ustrezne delovne izkušnje na strokovnem področju, za katerega se izdaja dovoljenje (zahtevajo se najmanj tri-letne delovne izkušnje pri izdaji dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti),
- nisem bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali nisem bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti ali človekovo zdravje,
- z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena ZZDej niso odrejeni ukrepi za odpravo kršitev glede opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi ugotovljenega resnega ogrožanja zdravja ali življenja pacienta v zadnjih petih letih pred vložitvijo ponudbe.

Občini Tolmin izrecno dovoljujem, da v zvezi z navedbami v tej izjavi lahko opravi poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

Ponudnik:

\_\_\_\_\_  
(podpis ponudnika)



**IZJAVA ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRI PONUDNIKU  
O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI, IZKUŠNJAH IN REFERENCAH**

Spodaj podpisani:

PRIIMEK IN IME:	
STALNO PREBIVALIŠČE:	
DATUM ROJSTVA:	

kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ponudnika:

NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika):	
NASLOV:	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

Izjavljam, da so moje delovne izkušnje pri samostojnem opravljanju razpisane zdravstvene dejavnosti naslednje:

Delodajalec	Datum pričetka izvajanja dela	Datum zaključka izvajanja dela

Izjavljam, da sem opravil naslednja dodatna izobraževanja na področju zobozdravstva:

<b>Naziv izobraževanja</b>	<b>Izvajalec izobraževanja</b>	<b>Datum zaključka izobraževanja</b>

K izjavi prilagam:

- kopijo licence za delo na področju zobozdravstva za odrasle oz. drugo ustrezno dokazilo, ki izkazuje ustrezno usposobljenost za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju zobozdravstva za odrasle,
- kopije potrdil o opravljenih dodatnih izobraževanjih na področju zobozdravstva za odrasle.

Občini Tolmin izrecno dovoljujem, da v zvezi z navedbami v tej izjavi in priloženimi dokazili lahko opravi poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

Ponudnik:

---

(podpis ponudnika)

**IZJAVE PONUDNIKA ZA VREDNOTENJE PONUDB GLEDE NA POSTAVLJENA  
MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IZ TOČKE 9 JAVNEGA RAZPISA – PRAVNA  
OSEBA/SAMOSTOJNI PODJETNIK**

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik ponudnika:

NAZIV PONUDNIKA (pravne osebe ali samostojnega podjetnika):	
NASLOV:	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	

izjavljam, da:

v zvezi z opravljanjem nadzorstva po 76. členu ZZDej (*ustrezno označiti*):

- ☐ nimam negativnih referenc,
- ☐ imam negativne reference v zvezi z zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela (priloga: poročila o izvedenih nadzorih in izrečenih ukrepih);

bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu pričel izvajati koncesijsko dejavnost v \_\_\_\_\_dneh po sklenitvi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje (pogodbo, sklenjeno z ZZZS in izjavo o datumu pričetka izvajanja koncesijske dejavnosti bom predložil koncedentu v roku 14 dni od pričetka opravljanja koncesijske dejavnosti);

kot odgovorni nosilec izvajam zdravstveno dejavnost, ki je predmet tega javnega razpisa že \_\_\_\_\_let (od pridobitve dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti do dneva oddaje ponudbe na ta javni razpis), pri čemer slednjo izvajam v občini Tolmin že \_\_\_\_\_let (v obsegu najmanj 0,5 programa, šteto od dneva izdaje licence do dneva oddaje ponudbe na ta javni razpis).

Občini Tolmin izrecno dovoljujem, da v zvezi z navedbami v tej izjavi in priloženimi dokazili lahko opravi poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum:

Ponudnik:

\_\_\_\_\_  
(podpis ponudnika)

**IZJAVA PONUDNIKA O ODSOTKU ORDINACIJSKEGA ČASA  
IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI OD 16. URE DALJE, KI PRESEGA  
PREDPISANIH NAJMANJ 20 ODSOTKOV POPOLDANSKEGA ČASA**

Podpisani \_\_\_\_\_

izjavljam,

da bom (pravna oseba, samostojni podjetnik, zasebni zdravstveni delavec) v primeru dodelitve koncesije na tem javnem razpisu v obsegu 1,00 programa oziroma od skupnega števila ur tedenskega ordinacijskega časa (32 ur in 30 min) zagotovil ordinacijski čas izvajanja koncesijske dejavnosti popoldne, **od 16. ure dalje, v obsegu** (obkroži številčno oznako v levem stolpcu):

1.	predpisane ene petine oziroma 20%, kar znaša	6 ur in 30 minut
2.	21%, kar znaša	6 ur in 50 minut
3.	22%, kar znaša	7 ur in 10 minut
4.	23%, kar znaša	7 ur in 30 minut
5.	24%, kar znaša	7 ur in 50 minut
6.	25%, kar znaša	8 ur in 10 minut
7.	26%, kar znaša	8 ur in 30 minut
8.	27%, kar znaša	8 ur in 50 minut
9.	28%, kar znaša	9 ur in 10 minut
10.	29%, kar znaša	9 ur in 30 minut
11.	30%, kar znaša	9 ur in 45 minut

Urnik ordinacijskega časa iz 12. člena vzorca koncesijske pogodbe iz tega javnega razpisa, skladen s to izjavo, bom predložil koncedentu v 3 dneh po prejemu odločbe o izbiri.

Kraj in datum:

Ponudnik:

\_\_\_\_\_  
(podpis ponudnika)

**IZJAVA O OPRAVLJANJU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI**

Podpisani \_\_\_\_\_

izjavljam,

da bom (pravna oseba, samostojni podjetnik, zasebni zdravstveni delavec) v primeru dodelitve koncesije izvajal zdravstveno dejavnost na območju občine Tolmin in sicer na naslovu:

\_\_\_\_\_, pri čemer je lokacija ambulante oddaljena (merjeno po površini za pešce):

- od najbližjega avtobusnega postajališča \_\_\_\_\_metrov in
- od najbližje lekarne \_\_\_\_\_metrov.

Za izvajanje zdravstvene dejavnosti, bom zagotovil ustrezno opremo.

Kraj in datum:

Ponudnik:

\_\_\_\_\_  
(podpis ponudnika)

## IZJAVA O DOSTOPNOSTI PROSTOROV AMBULANTE ZA PACIENTE S FUNKCIONALNIMI OVIRANOSTMI

**1. Dostop do ordinacijskih prostorov, v katerih bi ponudnik izvajal koncesijsko dejavnost, in informacij za paciente z gibalnimi oviranostmi je zagotovljen do naslednje stopnje:**

Prosimo obkrožite alinejo pred odgovorom, ki velja za vaš primer

a) Na poti do ordinacijskih prostorov<sup>1</sup>:

- ni ovir in je omogočen samostojen dostop z vozičkom (1,5 točke);
- je nekaj ovir<sup>2</sup>, ki ne omogočajo samostojnega dostopa uporabnikov invalidskih vozičkov, vendar je dostop z vozičkom kljub temu možen s spremljevalcem (1 točka);
- dostop z invalidskim vozičkom ni možen, vendar je omogočen dostop za gibalno ovirane, ki težko hodijo<sup>3</sup> (0,5 točke);
- dostop je večini gibalno oviranih oseb onemogočen<sup>4</sup> (0 točk).

b) Parkirno mesto rezervirano za invalide je od vhoda po dostopni poti brez ovir oddaljeno:

- do 50 m (0,5 točke);
- več kot 50 m (0 točk);
- ni označenega parkirnega mesta (0 točk);
- stavba nima parkirišča za obiskovalce, zato tudi ni parkirnega mesta rezerviranega za invalide, dostop se vrši na druge načine (0,5 točke).

c) Čakalnica, hodniki do ordinacij in sprejemnega pulta ter ordinacijski prostori:

- so ustreznih dimenzij za samostojen dostop z vozičkom<sup>5</sup> (1 točka);
- prostori so dostopni s spremstvom oz. pomočjo osebja<sup>6</sup> (0,5 točke);
- prostori niso dostopni za uporabnike invalidskega vozička (0 točk).

d) Naprave, ki jih samostojno uporabljajo pacienti in so pomembne za dostop do ordinacij (npr. zvonec, kontrolna plošča v dvigalu):

- so nameščene na ustrezni višini<sup>7</sup> (1 točka);

<sup>1</sup> Pot do ordinacijskih prostorov je pot med točko, do katere lahko pacient pride z avtobusom, avtomobilom (parkirišče), taksijem ali spremstvom (npr. drop-off točka) in točko, kjer ga sprejme osebje.

<sup>2</sup> Ovire so npr. strme ali neustrezno oblikovane klančine (npr. imajo prevelik naklon za samostojni dostop, so predolge, brez oprijemal), visoki pragovi (nad 2 cm) ali druge ovire, ki ovirajo samostojni dostop z invalidskim vozičkom (npr. preozka vrata, nedosegljiva kljuka, neoznačena pot v primeru, ko je stranski vhod prilagojen za gibalno ovirane).

<sup>3</sup> Edina pot poteka prek stopnišč, ki pa so ustrezno dostopna (s stopnicami enakomernih višin in globin, stopnišča niso krožna in strma) in imajo nameščena oprijemala, ki omogočajo oprijem osebam, ki težko hodijo.

<sup>4</sup> Edina pot poteka prek stopnišč, ki pa niso ustrezna (npr. zelo strma, z neenakomernimi višinami oz. globinami stopnic, brez oprijemal ali z oprijemali, ki ne segajo do konca stopnišča) ipd.

<sup>5</sup> Vrata, skozi katera dostopajo pacienti, so dovolj široka (vsaj 80 cm), površina za čakanje z invalidskim vozičkom omogoča neoviran prehod osebju in drugim obiskovalcem, hodniki so brez stopnic in visokih pragov, površina v notranjih prostorih za obiskovalce omogoča manevriranje z invalidskim vozičkom.

<sup>6</sup> Notranji prostori so nekoliko ožji, tako da je samostojno manevriranje z vozičkom oteženo. Obiskovalec npr. ne more sam odpirati vrat, vendar pa ni višinskih ovir, ki bi preprečevale dostop s spremljevalcem ali s pomočjo osebja.

- so nameščene tako, da je doseganje z vozička možno le za nekatere uporabnike (0,5 točke);
- naprave so nameščene previsoko (0 točk);
- tovrstne naprave niso potrebne (1 točka).

e) Dostopne sanitarije:

- so ustrezne velikosti, ustrezno opremljene in označene, imajo primeren dostop do vrat in vrata ustrezne širine (1 točka);
- imajo več pomanjkljivosti, ki ovirajo dostop nekaterim uporabnikom invalidskih vozičkov<sup>8</sup> (0,5 točke);
- sanitarije so označene kot dostopne, vendar v praksi ne omogočajo uporabe z invalidskim vozičkom<sup>9</sup> (0 točk);
- ni dostopnih sanitarij (0 točk).

**2. Dostop do ordinacijskih prostorov, v katerih bi ponudnik izvajal koncesijsko dejavnost, in informacij za paciente z okvarami vida je zagotovljen do naslednje stopnje:**

Prosimo obkrožite alinejo pred odgovorom, ki velja za vaš primer

a) Označevalne table in informacije pomembne za orientacijo in dostop do storitve (npr. delovni čas, naziv ordinacije, kontakt):

- so ustrezne<sup>10</sup> (1 točka);
- so delno ustrezne (0,5 točke);
- niso ustrezne (0 točk).

b) Morebitne ovire in robovi stopnic na poti do ordinacije:

- so ustrezno kontrastno označeni (1 točka);
- nekateri niso označeni (potrebna je dopolnitev) (0,5 točke);
- niso ustrezno kontrastno označeni (0 točk);
- označitev ni potrebna (npr. na poti ni stopnic in drugih ovir) (1 točka).

c) Stekla na poti do ordinacije:

- so ustrezno označena s kontrastnimi oznakami (1 točka);
- niso ustrezno označena s kontrastnimi oznakami (0 točk);
- nekatera niso označena – potrebna je dopolnitev (0,5 točke);

---

<sup>7</sup> Naprave so optimalno nameščene na višini 80-110 cm. Če je naprava nameščena od 110-135 cm, je njena uporabnost za uporabnike invalidskih vozičkov omejena. Naprave nad 135 cm niso dosegljive.

<sup>8</sup> Prostor je dovolj velik za ustrezno manevriranje, vendar pa je nekaj pomanjkljivosti: npr. oprijemala ob školjki niso ustrezna, previsoka držala za brisačke, toaletni papir, milo, školjka je previsoka ipd.

<sup>9</sup> Oseba na invalidskem vozičku ne more uporabljati toaletnih prostorov, ker je prostor premajhen za obračanje invalidskega vozička, ker je razporeditev sanitarne opreme neustrezna in ne mogoča dostopa z vozičkom, ker je oviran dostop do vrat ipd.

<sup>10</sup> Informacije so nameščene na ustreznih mestih, dovolj vizualno kontrastne in z dovolj velikimi napisi ter opremljene s tipnimi oznakami, kjer je to potrebno (npr. glavna tabla z imenom ambulate, delovnim časom in kontaktno številko, tipne oznake na posameznih prostorih, pomembnih za paciente, tipne oznake v dvigalih).

- na poti ni steklenih površin, ki bi predstavljale oviro (1 točka).

d) Informacijska točka (sprejemni pult ali zvonec):

- je ustrezno umeščena in označena<sup>11</sup> (1 točka);
- informacijsko točko je težko najti (0,5 točke);
- ni informacijske točke, pacienti zaradi kompleksnega prostora težko dostopajo neposredno do ordinacij (0 točk);
- ni informacijske točke, vendar je dostop do čakalnice preprost (1 točka).

### **3. Dostop do ordinacijskih prostorov, v katerih bi ponudnik izvajal koncesijsko dejavnost, in informacij za paciente z okvarami sluha:**

Prosimo obkrožite alinejo pred odgovorom, ki velja za vaš primer

a) Informacijska točka (npr. sprejemni pult, zvonec z interkomom)<sup>12</sup>:

- je ustrezno opremljena (1 točka);
- ni ustrezno opremljena (0 točk);
- ni informacijske točke, pacienti dostopajo neposredno do ordinacij (1 točka).

**Izrecno dovoljujem Občini Tolmin, da v zvezi z navedbami v tej izjavi in priloženimi dokazili lahko opravi poizvedbe pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov. Prav tako izrecno dovoljujem članom komisije in/ali s strani komisije pooblaščenemu strokovnemu osebju, da po potrebi navedbe o dostopnosti prostorov in informacij za paciente s funkcionalnimi oviranostmi preverijo z obiskom ordinacijskih prostorov na navedenem naslovu.**

Kraj in datum:

Ponudnik:

---

(podpis ponudnika)

---

<sup>11</sup> Informacijska točka je vsaka točka, na kateri pacient stopi v stik z zaposlenim, ki mu nadalje pomaga z informacijami oz. mu nudi spremstvo (sprejemni pult, sprejemna pisarna, pa tudi zvonec – v primeru, ko osebje paciente sprejema pri vhodu). Da je do informacijske točke omogočen samostojni dostop osebam z okvaro vida pomeni, da je ta točka blizu vhoda, označena z večjim kontrastnim napisom in ustrezno vidna od vhoda (če je potrebno tudi osvetljena). Če je oddaljena od vhoda več kot 5 m, do nje vodi taktilna oznaka in po potrebi ustrezno oblikovane usmerjevalne table.

<sup>12</sup> Informacijski pult je urejen tako, da je omogočeno branje z ustnic. V primeru, ko je zastekljen mora biti steklo neodsevno, nameščena mora biti slušna zanka in interkom s kakovostnim zvočnikom. Če ni informacijskega pulta, ampak gre za zvonec, ki ima napravo za dvosmerno komunikacijo (interkom-domofon), mora biti ta opremljen s slušno zanko ali omogočati videoklic. V primeru, ko osebje sprejme pacienta osebno ob vhodu, slušna zanka ni potrebna.