**PRIJAVNI OBRAZEC**

**Javni poziv za vključitev dodatne 0,5 diplomirane medicinske sestre v ambulanto družinske medicine oziroma splošne medicine**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PODATKI O PRIJAVITELJU [[1]](#footnote-1)**   *(Prijavitelj je izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki izpolnjuje pogoje iz javnega poziva)* | |
| **Prijavitelj** |  |
| **Davčna številka** |  |
| **Matična številka** |  |
| **Odgovorna oseba prijavitelja (ime, priimek, funkcija)** |  |
| **Sedež/Naslov** |  |
| **Poštna številka** |  |
| **Kraj** |  |
| **E-pošta:** |  |
| **Telefonska št.:** |  |

PODATKI O AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE, KI JE PREDMET JAVNEGA POZIVA:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **POGOJI** | |
| **Ambulanta družinske medicine (ime in priimek nosilca/zdravnika programa)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Ambulanta družinske medicine izpolnjuje naslednje pogoje:** | |
| Ima na tim, ki se prijavlja na razpis, opredeljenih vsaj 1348 GK | DA |
| Ima v istem timu že zaposleno DMS na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre v ambulanti | DA |
| Soglaša s sprejemom dodatnih zavarovanih oseb v obsegu 182 GK na tim, kljub doseganju in preseganju 1348 GK | DA |
| Soglaša z opredelitvijo dodatnih zavarovanih oseb najkasneje do 31. 12. 2025 | DA |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **KRITERIJ ZA IZBIRO** | |
| Doseganje povprečja GK na tim v dejavnosti ADM | Izpolni MZ |
| Število opredeljenih pacientov v vzpostavljenih dodatnih ambulantah družinske medicine zavarovane osebe v razmerju do števila razpoložljivih timov ADM na ravni občine | Izpolni MZ |
| Število opredeljenih pacientov izraženih v GK na dan objave javnega poziva | Izpolni MZ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ODGOVORNA/KONTAKTNA OSEBA** | |
| **Ime in priimek:** |  |
| **Telefonska št.:** |  |
| **Email:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **IZJAVA PRIJAVITELJA** | |
| **Izjavljam, da:** | |
| Se strinjam in sprejemam vse pogoje, ki so navedeni v tem javnem pozivu | DA |
| So vsi podatki v prijavnem obrazcu točni in resnični. V primeru morebitne spremembe podatkov bomo spremembe najkasneje v 15 dneh od nastanka javili Ministrstvu za zdravje | DA |

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ime in priimek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. V obrazcu uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske. [↑](#footnote-ref-1)