



PRIJAVNI OBRAZEC

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

<b>I. PODATKI O PRIJAVITELJU <sup>1</sup></b> <i>(Prijavitelj je izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki izpolnjuje pogoje iz javnega poziva)</i>	
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:

<b>II. POGOJI</b>
<b>Ambulanta družinske medicine (ime in priimek nosilca/zdravnika programa)</b> _____
<b>Ambulanta družinske medicine izpolnjuje naslednje pogoje:</b>
Ima v pogodbi ZZS program določen v obsegu najmanj 1 tima ali več na nosilca/zdravnika
Ima na tim opredeljenih vsaj 1.895 GK
Ima v istem timu že zaposleno DMS v obsegu 0,5 tima
Soglaša s sprejemom dodatnih zavarovanih oseb v obsegu 300 GK, kljub preseganju 1895 GK

<sup>1</sup> V obrazcu uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.



III. KRITERIJ ZA IZBIRO	
Doseganje povprečja GK na tim v dejavnosti ADM	
Število opredeljenih pacientov v vzpostavljenih ambulantah za neopredeljene zavarovane osebe v razmerju do števila razpoložljivih timov ADM na ravni občine	
Število opredeljenih pacientov izraženih v GK na dan objave javnega poziva	

IV. ODGOVORNA/KONTAKTNA OSEBA	
Ime in priimek:	
Telefonska št.:	
Email:	

V. IZJAVA PRIJAVITELJA	
Izjavljam, da:	
Se strinjam in sprejemam vse pogoje, ki so navedeni v tem javnem pozivu	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> DA

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

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