**ZAHTEVEK ZA PODATKE IZ KAZENSKE EVIDENCE PRAVNIH OSEB**

|  |  |
| --- | --- |
| **Javni razpis Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše v Kohezijski regiji Vzhodna Slovenija** | |
| **Naročnik** | **Ministrstvo za zdravje**  **Štefanova ulica 5**  **1000 Ljubljana** |
| **Oznaka javnega razpisa** |  |
| **Predmet javnega razpisa** |  |
| **Podatki o gospodarskem subjektu** | |
| **Polno ime gospodarskega subjekta** |  |
| **Sedež gospodarskega subjekta** |  |
| **Občina sedeža gospodarskega subjekta** |  |
| **Matična številka sedeža gospodarskega subjekta** |  |
| **Namen izdaje potrdila** | Preverjanje izpolnjevanja pogojev v skladu z javnim razpisom Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše |

Spodaj podpisani pooblastitelj, pooblaščam naročnika, da za potrebe izvedbe predmetnega javnega razpisa pridobi vse potrebne podatke oz. potrdilo iz kazenske evidence pravnih oseb pristojnega organa.

Pooblastitelj: V/na       , dne

Ime in priimek:

Podpis in žig:

**ZAHTEVEK ZA PODATKE IZ KAZENSKE EVIDENCE FIZIČNIH OSEB**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Javni razpis Javni razpis Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše** | | |
| **Naročnik** | **Ministrstvo za zdravje**  **Štefanova ulica 5**  **1000 Ljubljana** | |
| **Oznaka javnega razpisa** |  | |
| **Predmet javnega razpisa** |  | |
| **Podatki o fizični osebi** | | |
| **EMŠO** |  | |
| **Ime in priimek** |  | |
| **Datum rojstva** |  | |
| **Kraj rojstva** |  | |
| **Občina rojstva** |  | |
| **Stalno/začasno bivališče** | **Ulica in hišna številka** |  |
| **Poštna številka in pošta** |  |
| **Državljanstvo** |  | |
| **Moje prejšnje osebno ime se je glasilo** |  | |
| **Namen izdaje potrdila** | Preverjanje izpolnjevanja pogojev v skladu z javnim razpisom Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše | |

Spodaj podpisani pooblastitelj, pooblaščam naročnika, da za potrebe izvedbe predmetnega javnega razpisa pridobi vse potrebne podatke oz. potrdilo iz kazenske evidence fizičnih oseb pristojnega organa.

Pooblastitelj: V/na       , dne

Ime in priimek:

Podpis: