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

|  |
| --- |
| **Javno naročilo** |
| **Naročnik** | **Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica****Ulica padlih borcev 13A****5290 Šempeter pri Gorici** |
| **Oznaka javnega naročila** | **260-8/2024** |
| **Predmet javnega naročila** | **RADIOLOGIJA - dozimetrija, sevanje, izobraževanje in zdravniški pregledi za obdobje štirih let«**Sklop 1: Osebna dozimetrija izpostavljenih delavcev ionizirajočemu sevanjuSklop 2: Zdravniški pregledi izpostavljenih delavcev v območju ionizirajočega sevanja Sklop 3: Izobraževanje iz varstva pred ionizirajočimi sevanjiSklop 4: Pregled rentgenskih aparatov in laboratorija za nuklearno medicino, revizija programa radioloških posegov (PRP), najem aplikacije za spremljanje obsevanosti pacientov ter pregledovanje dnevnih mamografskih DORA testov (MaTka) |
| **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 iz 75. člena ZJN-3 v postopku oddaje zgoraj navedenega javnega naročila. |

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

|  |
| --- |
| V/na      , dne       |
|  |  |  |
| **Zastopnik/prokurist (ime in priimek)** | **Podpis** | **Žig** |
|  |  |  |

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

|  |
| --- |
| **Javno naročilo** |
| **Naročnik** | **Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica****Ulica padlih borcev 13A****5290 Šempeter pri Gorici** |
| **Oznaka javnega naročila** | **260-8/2024** |
| **Predmet javnega naročila** | **RADIOLOGIJA - dozimetrija, sevanje, izobraževanje in zdravniški pregledi za obdobje štirih let«**Sklop 1: Osebna dozimetrija izpostavljenih delavcev ionizirajočemu sevanjuSklop 2: Zdravniški pregledi izpostavljenih delavcev v območju ionizirajočega sevanja Sklop 3: Izobraževanje iz varstva pred ionizirajočimi sevanjiSklop 4: Pregled rentgenskih aparatov in laboratorija za nuklearno medicino, revizija programa radioloških posegov (PRP), najem aplikacije za spremljanje obsevanosti pacientov ter pregledovanje dnevnih mamografskih DORA testov (MaTka) |
| **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 iz 75. člena ZJN-3 v postopku oddaje zgoraj navedenega javnega naročila. |

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

|  |
| --- |
| V/na      dne,       |
| Pooblastitelj (ime in priimek) | Podpis |
|       |  |