**2.pielikums**

**Nolikumam**

**„Sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju**

**atlases procedūra pakalpojumu sniegšanai no 2020.gada”**

*PARAUGS*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PIETEIKUMS**

**valsts apmaksāto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu**

**sniedzēju atlasei pakalpojumu sniegšanai no 2020.gada**

**1.** Ārstniecības iestāde, kas ir pašnodarbināta persona (ārsta prakse), komercsabiedrība vai komersants *(atbilstošo pasvītrot)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*nosaukums*

reģ. Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (turpmāk – Pretendents)

 *reģistrācijas numurs*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personā

*pašnodarbinātas personas vai amatpersonas (u) ar pārstāvības tiesībām vai tās/to pilnvarotās personas amats, vārds un uzvārds*

ar šī pieteikuma iesniegšanu:

**1.1.** piesakās piedalīties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasē 2020.gadam uz šādu pakalpojumu sniegšanu no 2020.gada 1.janvāra (vajadzīgo ierakstīt atbilstoši 1.pielikumā noteiktajam):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | pakalpojumu plānošanas vienība | veselības aprūpes pakalpojuma veids | plānoto aprūpes epizožu/ izmeklējumu/ dienas stacionāra gultas dienu skaits gadā | Stundu skaits nedēļā pakalpojuma sniegšanai |
| Stundu skaits nedēļā | Ar Dienestu līgumā noteiktais stundu skaits\* | Papildus plānotais stundu skaits (ar Dienestu līgumā noteiktajam), lai nodrošinātu pakalpojumu sniegšanu, kuram pieteicies pakalpojumu sniedzēju atlasei\* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* aizpilda pretendents, kas jau ir līgumattiecībās ar Dienestu par pakalpojuma sniegšanu, uz kuru ir izsludināta pakalpojumu sniedzēju atlase

**1.2.** apņemas ievērot atlases procedūras nolikumu;

**1.3.** pakalpojumus apņemas sniegt šādā attiecīgās plānošanas vienības adresē (-ēs):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(iela, mājas Nr./nosaukums, pilsēta (apdzīvota vieta)

**1.4.** norāda, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai tiks izmantotas šādas pakalpojuma sniegšanas vietā esošas un ekspluatācijā nodotas medicīnas ierīces:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | nosaukums | Ražotājs, tips, marka | izlaides gads | ekspluatācijā nodošanas datums, mēnesis, gads |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**2.** Vienlaicīgi ar šī pieteikuma parakstīšanu Pretendents apliecina:

**2.1.** iespējas un gatavību līguma ietvaros sniegt veselības aprūpes pakalpojumus par noteikto cenu atbilstoši spēkā esošajiem veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem un apmaksas nosacījumiem, nepieprasot papildu maksu no veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēja, izņemot pacienta līdzmaksājumu;

**2.2.** ka piedāvājuma iesniegšanas brīdī visas veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanas vietas neatkarīgi no pakalpojumu sniegšanas vietu (adrešu) skaita un Pretendenta rīcībā esošais materiāltehniskais nodrošinājums veselības aprūpes pakalpojumu veidam, uz kuru tas piesakās šajā atlases procedūrā, atbilst normatīvajos aktos ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām noteiktajām obligātajām prasībām;

**2.3.** ka uzsākot pakalpojuma sniegšanu, nodrošinās, lai pakalpojumu sniedz pietiekams skaits attiecīgās kvalifikācijas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu, kuras ir reģistrētas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā attiecīgajā specialitātē;

**2.4.** ka Pretendentam nav uzsākts likvidācijas vai maksātnespējas process, nav pabeigta bankrota procedūra, nav Maksātnespējas likumā minēto maksātnespējas pazīmju, nav apturēta Pretendenta saimnieciskā darbība;

**2.5.** ka Pretendentam nav Valsts ieņēmumu dienesta administrēto nodokļu (nodevu) parāda vai tas nepārsniedz EUR 150,00;

**2.6.** ka nodrošinās pieteikumā atzīmēto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un pieejamību iedzīvotājiem atlases nolikuma 1.pielikumā noteiktajās pakalpojumu plānošanas vienībās atbilstoši noslēgtā līguma noteikumiem ar Nacionālo veselības dienestu;

**2.7.** ka visas piedāvājumā sniegtās ziņas ir patiesas.

**3.** Dati par Pretendentu:

**3.1.** Pretendenta juridiskā adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**3.2.** Pretendenta kontakti:

tālruņa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

faksa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Parakstīšanas vieta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts\*\*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*\* Pieteikums ir jāparaksta amatpersonai (-ām) ar pārstāvības tiesībām vai tās/to pilnvarotajām personām.*

*Ja piedāvājumu paraksta pilnvarotā persona, piedāvājumam jāpievieno pilnvaras oriģināls vai normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā apliecināta kopija.*

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes

pakalpojumu sniedzēju atlases

komisijas priekšsēdētāja vietniece *(paraksts)* L.Gaigala