**IMENOVANJE ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI ZA POTREBE USKLADITVE KONCESIJE Z ZAKONOM O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI[[1]](#footnote-1)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vpišite podatke o izvajalcu zdravstvene dejavnosti s koncesijo)**

na podlagi 44.č člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 - uradno prečiščeno besedilo, 23/08, 58/08 - ZZdrS-E, 15/08 - ZPacP, 77/08 - (ZDZdr), 40/12 - ZUJF, 14/13, 88/16 - ZdZPZD, 64/17, 1/19 - odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 - ZZUOOP) določam**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vpišite podatke o odgovornem nosilcu zdravstvene dejavnosti)**

**za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti.**

Podpis zastopnika izvajalca zdravstvene dejavnosti:

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

Podpis imenovanega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti:

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

Datum in kraj:

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

Vročiti:

* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(vpišite podatke koncedenta)**
1. Koncesionar mora skladno z drugim odstavkom 41. člena ZZDej-K (Uradni list RS, št. 64/17) do 17. 12. 2020 koncedentu sporočiti podatke iz druge alineje prvega odstavka 44.č člena Zakona o zdravstveni dejavnosti o odgovornem nosilcu zdravstvene dejavnosti za posamezen zdravstveni program oziroma posamezno vrsto zdravstvenih storitev specialistične bolnišnične dejavnosti, ki so podlaga za sklenitev dodatka h koncesijski pogodbi. [↑](#footnote-ref-1)