



ОБЩНСКИ СЪВЕТ - КАВАРНА

9650 гр.Каварна ул."Добротица"№ 26, тел.0570/84246, факс 0570/85122
e-mail:obskavarna@kavarna.bg

Приложение № 1

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УЧАСТИЕ В КОНКУРС

за възлагане управлението на
"МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА" ЕООД
за срок от 5 години от датата на сключване на договора за управление

за длъжност: **УПРАВИТЕЛ**
(наименование на длъжността)
на "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА" ЕООД
(наименование на лечебното заведение)

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Моля, да бѣда допуснат/а до участие в конкурс за възлагане управлението на "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА" ЕООД за срок от 5 години от датата на сключване на договора за управление

ЛИЧНА ИНФОРМАЦИЯ

ТРИ ИМЕНА НА КАНДИДАТА:	
ДАТА НА РАЖДАНЕ:	
МЯСТО НА РАЖДАНЕ:	
АДРЕС:	
ЗА КОНТАКТИ	
ТЕЛЕФОН:
E-MAIL:

ОБРАЗОВАТЕЛНА ПОДГОТОВКА

Вид и степен на завършено висше образование

Наименование на висшето училище	Образователно-квалификацион-на степен	Специалност

Допълнителна квалификация

Тема/ наименование на квалификационната програма и курс	Период и място на провеждане	Получени дипломи, сертификати и удостоверения

Забележка. Тук се посочват квалификационни програми и курсове, които не са съпроводени с придобиване на образователно-квалификационна степен.

Компютърни умения

Посочете кои софтуерни продукти ползвате.

.....

.....

.....

.....

.....

ПРОФЕСИОНАЛЕН ОПИТ

Посочете всички организации, в които сте работили, като започнете с последната, в която работите или сте били на работа. Посочват се и трудови ангажименти, като свободна професия и самонает.

Организации, в които сте работили	Период	Наименование на заеманите длъжности	Основни дейности и отговорности

Прилагам следните документи:

В Плик №1:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

/описва се видът и се посочва номер на представения документ, когато съдържа такъв. Когато документът не съдържа номер се посочват други данни за индивидуализирането му/.

В Плик №2:

1.
.....
.....
.....
.....
.....

Запознат/а съм с условията за участие в процедурата, посочени в обявлението за провеждането ѝ.

Дата:

Подпис:

Информация за обработване на лични данни за целите на провеждане на конкурса, съгласно чл. 13 от Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 година относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/ЕО (Общ регламент относно защитата на данните)

1. Предоставените лични данни са необходими за провеждане на конкурс за избор на: Управител на „Медицински център 1 - Каварна“ ЕООД, гр. Каварна;
2. При непредоставяне на горепосочените лични данни не могат да бъдат изпълнени посочените законови изисквания за участие в конкурса;
3. Администраторът не извършва други действия на обработка по отношение на лични данни, освен за целите на конкурса.
4. Срокът за съхранение на предоставените лични данни е съгласно действащата нормативна уредба.
5. Участниците в конкурсната процедура имат право да изискват от администратора заличаване и коригиране на личните данни, обработването на които не отговаря на изискванията на Закона за защита на личните данни, които права могат да упражнят чрез отправяне на писмено изявление до администратора, включително изпратено по електронен път.

Запознах се с представената информация.

Доброволно и информирано декларирам своето съгласие Общински съвет - Каварна, община Каварна и „Медицински център 1 - Каварна“ ЕООД, гр. Каварна АД, да обработва личните ми данни, във връзка с участието в конкурс

за избор на на

„.....“ ЕООД, гр.....

Дата:

Подпис:

/...../

име, презиме и фамилия, написани собственооръчно



ОБЩНСКИ СЪВЕТ - КАВАРНА

9650 гр.Каварна ул."Добротица"№ 26, тел.0570/84246, факс 0570/85122
e-mail:obskavarna@kavarna.bg

Приложение № 2-1

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният (та).....,

с ЕГН: , лична карта №

издадена на год. от и адрес:

.....

телефон: , като участник в конкурса за възлагане
управлението на "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА" ЕООД гр. Каварна
за срок от 5 години от датата на сключване на договора за управление

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

1. Съм български гражданин или гражданин на друга държава – членка на Европейския съюз, на друга държава – страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство или на Конфедерация Швейцария;
2. Имам завършено висше образование;
3. Имам най-малко 5 години професионален опит;
4. Не съм поставен/а под запрещение;
5. Не съм осъждан/а за умишлено престъпление от общ характер;
6. Не съм лишен/а от правото да заемам съответната длъжност;
7. Не съм обявен/а в несъстоятелност като едноличен търговец или неограничено отговорен съдружник в търговско дружество, обявено в несъстоятелност, ако са останали неудовлетворени кредитори;
8. Не съм бил/а член на управителен или контролен орган на дружество, съответно кооперация, прекратени поради несъстоятелност през последните две години преди назначаването, ако са останали неудовлетворени кредитори;
9. Не съм съпруг/съпруга или лице във фактическо съжителство, роднина по права линия, по съребрена линия – до четвърта степен включително, и по сватовство – до втора степен включително, на управител или член на колективен орган за управление и контрол на същото публично предприятие;
10. Не заемам висша публична длъжност по чл. 6, ал. 1, т. 1 - 38 и 41 - 45 от Закона за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобитото имущество, не е член на политически кабинет и секретар на община;

11. Не извършвам търговски сделки от свое или от чуждо име /отнася се за случаи, в които се извършва дейност, сходна с дейността на „Медицински център – Добрич“ ЕООД, гр. Добрич;
12. Не съм съдружник в събирателни, в командитни дружества и в дружества с ограничена отговорност/отнася се за случаи, в които се извършва дейност, сходна с дейността на „Медицински център – Добрич“ ЕООД, гр. Добрич;
13. Не съм управител или член на изпълнителен или контролен орган на друго публично предприятие;
14. Не работят по служебно или по трудово правоотношение, освен като преподавател във висше училище и/ или/ като лекар в лечебно заведение по смисъла на Закона за лечебните заведения. Забраната не се отнася за управителите на лечебни заведения по смисъла на Закона за лечебните заведения;
15. Отговарям на други изисквания, предвидени в устава на дружеството.

към момента на подаване на заявлението за участие в конкурса.

Запознат съм с възможността комисията да извършва проверки по декларираните от мен обстоятелства.

Известна ми е наказателната отговорност за декларираните неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата :

Декларатор:.....

/...../

име, презиме и фамилия, написани собственооръчно



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ - КАВАРНА

9650 гр.Каварна ул."Добротица"№ 26, тел.0570/84246, факс 0570/85122
e-mail:obskavarna@kavarna.bg

Приложение № 2-2

ДЕКЛАРАЦИЯ

*относно липсата или наличието на обстоятелствата по
чл. 21, ал. 2 от Закона за публичните предприятия*

Долуподписаният (та).....,

с ЕГН: , лична карта №

издадена на год. от и адрес:

.....

телефон: , като участник в конкурса за възлагане
управлението на "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА" ЕООД гр. Каварна
за срок от 5 години от датата на сключване на договора за управление

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

*мога да отделям достатъчно време за изпълнение на възложените ми
задължения като управител на "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА"
ЕООД за целия срок на възлагане на управлението.*

Известна ми е наказателната отговорност за декларираните неверни данни по чл. 313
от Наказателния кодекс.

Дата :

Декларатор:.....

/...../

име, презиме и фамилия, написани собственоръчно



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ - КАВАРНА

9650 гр.Каварна ул."Добротица"№ 26, тел.0570/84246, факс 0570/85122
e-mail:obskavarna@kavarna.bg

Приложение № 2-3

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният (та).....,

с ЕГН: , лична карта №

издадена на год. от и адрес:

.....

телефон: , като участник в конкурса за възлагане
управлението на "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА" ЕООД гр. Каварна
за срок от 5 години от датата на сключване на договора за управление

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

*че, няма да разгласявам информация и обстоятелства, станали ми
известни при провеждането на конкурса.*

Известна ми е наказателната отговорност за декларираните неверни данни по чл. 313
от Наказателния кодекс.

Дата :

Декларатор:.....

/...../

име, презиме и фамилия, написани собственоръчно



ОБЩНСКИ СЪВЕТ - КАВАРНА

9650 гр.Каварна ул."Добротица"№ 26, тел.0570/84246, факс 0570/85122
e-mail:obskavarna@kavarna.bg

Приложение № 3

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА УЧАСТИЕ В КОНКУРС за възлагане управлението на "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА" ЕООД за срок от 5 години от датата на сключване на договора за управление

за длъжност: **УПРАВИТЕЛ**
(наименование на длъжността)

на "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - КАВАРНА" ЕООД
(наименование на лечебното заведение)

ВХОДЯЩ № (Попълва се от служителя, приел документите за конкурса)	
ТРИ ИМЕНА НА КАНДИДАТА: (име, презиме и фамилия на кандидата)	
ЧРЕЗ ПЪЛНОМОЩНИК: (три имена на пълномощника и номер на пълномощното)	
ДАТА НА ПОДАВАНЕ:
ЧАС НА ПОДАВАНЕ:

Служителя, приел документите за конкурса:

ПОДПИС:.....

/...../

име, презиме и фамилия