



## **OBČINA POLJČANE**

### **Občinski svet**

#### **Komisija za mandatna vprašanja, volitve in imenovanja**

Bistriška cesta 65, 2319 Poljčane

---

**telefon:** 02 8029 220

**e-mail:** [obcina@poljcane.si](mailto:obcina@poljcane.si)

---

Številka: 014-0001/2025-5

Datum: 20. 2. 2025

**Člani/ice Občinskega sveta Občine Poljčane**

**Politične stranke v Občinskem svetu Občine Poljčane**

**Liste, ki so zastopane v Občinskem svetu Občine Poljčane**

**Širša zainteresirani javnosti (občani, društva, idr.)**

#### **ZADEVA: Javni poziv k predložitvi predlogov za imenovanje predstavnika Občine Poljčane v svet zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica**

Komisija za mandatna vprašanja, volitve in imenovanja Občinskega sveta Občine Poljčane poziva člane in članice Občinskega sveta Občine Poljčane, politične stranke in liste, zastopane v Občinskem svetu Občine Poljčane, širšo zainteresirano javnost, k predložitvi predlogov za imenovanje predstavnika Občine Poljčane v svet zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica.

Na podlagi 9. člena Odloka o ustanovitvi javnega zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica (Uradni list RS, št. 24/2009 - UPB1 in 18/2012) svet zavoda šteje enajst članov, od tega: tri predstavnike delavcev zavoda, dva predstavnika zavarovancev in drugih uporabnikov in šest predstavnikov ustanoviteljev, in sicer: tri predstavnike Občine Slovenska Bistrica in po en predstavnik Občine Oplotnica, Občine Poljčane in Občine Makole. Predstavnike ustanoviteljev imenujejo občinski sveti občin v skladu s svojim statutom. Mandat članov sveta traja štiri leta. Član sveta zavoda je v svet lahko izvoljen največ dvakrat zaporedoma.

Dosedanjim članom sveta zavoda poteče mandat dne 16. 3. 2025. Občinski svet Občine Poljčane mora do navedenega dne imenovati svojega predstavnika v svet zavoda.

Predstavnika lokalne skupnosti imenuje pristojni organ lokalne skupnosti, tj. občinski svet.

**Glede na navedeno, vas prosimo, da podate pisne predloge za imenovanje predstavnika Občine Poljčane v svet zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, vključno do 28. 2. 2025 do 12.00 ure, na naslov:**

**OBČINA POLJČANE, Občinski svet, Komisija za mandatna vprašanja, volitve in imenovanja, Bistriška cesta 65, 2319 Poljčane ali po e-pošti na naslov: [obcina@poljcane.si](mailto:obcina@poljcane.si)**

Za pravočasno vložen predlog se šteje predlog, ki bo do navedenega dne in ure prispel v tajništvo Občine Poljčane.

Posamezni predlagatelj lahko predlaga več kandidatov.

Posamezni predlog mora vsebovati ime in priimek kandidata, datum rojstva in naslov stalnega prebivališča, podatke o strokovni izobrazbi kandidata ter kratko obrazložitev predloga. Predlogu mora biti priloženo tudi pisno soglasje s kandidaturo ter izjavo, da soglaša z obdelavo osebnih podatkov za namen izvedbe postopka imenovanja.

Komisija za mandatna vprašanja, volitve in imenovanja bo obravnavala vse pravočasno prispele in formalno popolne predloge za imenovanje predstavnika Občine Poljčane v svet zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica in svoj predlog predložila v potrditev Občinskemu svetu Občine Poljčane.

V tem pozivu in priloženih obrazcih uporabljeni izrazi, ki se nanašajo na osebe in so zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za ženski in moški spol.

Predsednica komisije  
Dušanka Lužar Šajt

Priloga:

- Predlog in soglasje

---

(naziv predlagatelj)

---

(naslov predlagatelja)

---

(datum)

**OBČINA POLJČANE  
OBČINSKI SVET  
KOMISIJA ZA MANDATNA VPRAŠANJA,  
VOLITVE IN IMENOVANJA  
Bistriška cesta 65**

**2319 POLJČANE**

**ZADEVA: PREDLOG KANDIDATA ZA PREDSTAVNIKA OBČINE POLJČANE V  
SVET ZAVODA ZDRAVSTVENI DOM SLOVENSKA BISTRICA**

Za predstavnika Občine Poljčane v svet zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica  
predlagam naslednjega/-o kandidata/-ko:

Ime in priimek	
Datum rojstva	
Naslov stalnega prebivališča	
Podatki o strokovni izobrazbi	

Kratka obrazložitev:

Podpis in žig predlagatelja:

---

*Izrazi, ki se nanašajo na osebe in so zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za ženski in moški spol.*

## **SOGLASJE KANDIDATA**

Spodaj podpisani/-a (ime in priimek) \_\_\_\_\_

rojen/-a \_\_\_\_\_, stanujoč/-a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

potrjujem, da soglašam k imenovanju za predstavnika Občine Poljčane v svet zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica in da sem pripravljen/-a opravljati funkcijo, če bom imenovana/-a ter dovoljujem, da se zgoraj navedeni osebni podatki obdelujejo za namen izvedbe postopka imenovanja.

V Poljčanah, dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(podpis kandidata/-ke)