

<b>Informace o vlastnické a ovládací struktuře právnické osoby</b>	
<b>1. Jména a příjmení všech osob oprávněných jednat jménem právnické osoby s uvedením, zda jednají jako statutární orgán nebo na základě udělené plné moci.</b>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<b>2. Jména a příjmení osob, názvy právnických osob s podílem v právnické osobě.</b>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<b>3. Jména a názvy osob, ve kterých má právnická osoba podíl, a výše toho podílu.</b>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<b>4. Jména a názvy osob, které jsou se žadatelem o dotaci v obchodním vztahu a mají z jeho podnikání nebo jiné výdělečné činnosti prospěch, který se liší od prospěchu, který by byl získán mezi nezávislými osobami v běžných obchodních vztazích za stejných nebo obdobných podmínek. Jedná se zejména o osoby, které uzavřely se žadatelem smlouvu o tiché společnosti podle § 2747 občanského zákoníku.</b>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Místo</b>	<b>Datum</b>
<input type="text"/>	
<b>Jméno a příjmení osoby oprávněné k zastupování právnické osoby</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Funkce</b>	<b>Podpis</b>
*) vyplňuje pouze právnická osoba	

**Informace o rezidentovi**

Identifikační údaje o žadateli

Jméno a příjmení, titul rezidenta

Datum narození

Místo narození

Adresa - ulice

Č.p.

Obec

PSC

Státní občanství

Název oboru specializačního vzdělávání a datum zařazení

Datum zahájení specializačního vzdělávání u akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb

Počet odstudovaných měsíců v základním kmeni

Název základního kmene

Počet zbývajících měsíců do ukončení délky základního kmene

Požadovaná výše dotace na základní kmen (10 000 Kč X počet měsíců, pro interní kmen 20 000 Kč X počet měsíců)

Datum očekávaného ukončení základního kmene u akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb

Datum zahájení rezidentury

telefon

@  
e-mail

Název akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém rezident absolvoval část specializačního vzdělávání v základním kmeni

Poznámka

**Prohlášení****Osoba odpovědná za zpracování projektu**

Příjmení, jméno, titul

Funkce

@

e-mail

Telefon

Mobilní telefon

Místo

Datum

**Osoba odpovědná za zpracování finančního plánu projektu**

Příjmení, jméno, titul

Funkce

@

e-mail

Telefon

Mobilní telefon

Místo

Datum

**Vyplňuje zástupce statutárního orgánu**

Je proti Vám vedeno trestní řízení nebo máte zákaz činnosti? ANO / NE Důvod:

V souladu s ustanovením § 5 odst. 2 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, souhlasím s tím, aby moje osobní údaje uvedené v této žádosti, byly zpracovány pouze pro účely výše uvedeného výběrového řízení a zároveň souhlasím se zpracováním osobních údajů na základě § 18a zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech.

Prohlašuji, že veškeré údaje jsem uvedl dle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

Místo

Datum

Podpis statutárního zástupce

## Čestné prohlášení o bezdlužnosti žadatele vůči orgánům státní správy, zdravotní pojišťovně, orgánům sociálního zabezpečení a vůči územním samosprávným celkům

### Identifikační údaje o žadateli

0		0	
Název organizace **		Právní forma **	
0	0	0	0
Sídlo organizace - ulice**	č.p. / č.o.	Obec**	PSC**
0	0	0	0
Kraj - sídlo žadatele**	IČ**	DIČ**	
0			
Kraj - sídlo poskytovatele **			

### Statutární orgán

0		0
Příjmení, jméno, titul**		Funkce**
0	0	0
Ulice**	č.p. / č.o.	PSC**
0	0	0
e-mail**		Telefon**

### Prohlášení

Čestně prohlašuji, že výše uvedená organizace nemá ke dni podání žádosti žádné finanční závazky po lhůtě splatnosti vůči orgánům státní správy, zdravotní pojišťovně, orgánům sociálního zabezpečení či rozpočtům územních samosprávných celků.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis statutárního orgánu/fyzické osoby

\_\_\_\_\_  
Razítko organizace

\*\* ) načte se automaticky z předchozích listů