

Pokyny k vyplnění

1. Průvodní list

V průvodním listu vyplňuje žadatel pouze **v oboru, počet míst, název organizace** a její **právní formu** (výběr z rozevírajícího se seznamu) a dále **sídlo organizace**. Zbývající část průvodního listu vyplňuje ministerstvo.

2. Informace o žadateli

Položky **v oboru, počet míst, název organizace, právní forma, sídlo organizace** se vyplní automaticky z předešlého listu 1 Průvodní list. Položka **kraj** se vyplní výběrem z rozevírajícího se seznamu. Třetí část žádosti - **základní informace týkající se akreditace** - vyplní žadatel **školicí místo, název oboru a jméno školitele**. Do položky **poznámky** se vyplňují ostatní údaje a informace, které v žádosti chybí a jsou podstatné.

3. ČP o bezdlužnosti, ČP o spolupráci

Položky se vyplní automaticky z předešlých listů.

Průvodní list k žádosti

V OBORU	POČET MÍST
Název	Dotační program "Rezidenční místa"- nelékařské obory

Identifikační údaje o žadateli

Název organizace		Právní forma ^{*)}	
Sídlo organizace - ulice	č.p. / č.o.	Obec	PSČ
Kraj - sídlo žadatele ^{*)}	Kraj - sídlo poskytovatele ^{*)}		

NEVYPLŇUJTE - Vyplňuje administrátor

Podání žádosti

Datum přijetí žádosti :

Č.j. žádosti :

Splnění náležitostí

NÁZEV Žádost	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
1 x originál		
1 x kopie		
1 x CD		
Rádně vyplněná žádost		
Informace o žadateli		
Informace o vlastnické struktuře		
Předběžné finanční plány		
Prohlášení zodpovědné osoby za zpracování projektu		
Prohlášení o bezdlužnosti		
Přílohy		
Kopie Rozhodnutí o akreditaci		
Kopie smlouvy s akreditovaným poskytovatelem zdravotních služeb		
Kopie dokladu o vzniku poskytovatele zdravotních služeb		
Kopie dokladu o registraci		

Ostatní informace

Vyloučeno pro formální nedostatky	přiděleno ANO/NE ^{*)}	Datum zveřejnění
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Datum odeslání akreditační komisi	přiděleno ANO/NE ^{*)}	
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Stanovisko akreditační komise	přiděleno ANO/NE ^{*)}	Pořadí žádosti
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Stanovisko ministerstva	přiděleno ANO/NE ^{*)}	
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

^{*)} vyberte jednu z možností

Informace o žadateli

<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
----------------------	--------------------------------

V OBORU**)

POČET MÍST**)

Identifikační údaje o žadateli

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
--------------------------------	--------------------------------

Název organizace**)

Právní forma**)

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Sídlo organizace - ulice**)

č.p. / č.o.**)

Obec**)

PSC**)

<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------	----------------------

Kraj - sídlo žadatele**)

IČ

DIČ

<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------

Kraj - sídlo poskytovatele **)

RČ ***)

<input type="text" value="@"/>	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------

e-mail

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Č.j. registrace či zřizovací listiny

Registrující orgán či zřizovatel

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Bankovní spojení žadatele/zřizovatele

Kód banky

Adresa místně příslušného Finančního úřadu

Statutární orgán

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Příjmení, jméno, titul

Funkce

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ulice

č.p. / č.o.

Obec

PSC

<input type="text" value="@"/>	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------

e-mail

Telefon

Základní informace týkající se akreditace

Školící místo	V oboru	Jméno školitele
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Poznámky

<input type="text"/>

**) načte se automaticky z předchozího listu

***) vyplňuje žadatel pouze jako fyzická osoba

Informace o vlastnické a ovládací struktuře právnické osoby

1. Jména všech osob oprávněných jednat jménem právnické osoby s uvedením, zda jednají jako statutární orgán nebo na základě udělené plné moci.

2. Jména a příjmení osob, názvy právnických osob s podílem v právnické osobě.

3. Jména a názvy osob, ve kterých má právnická osoba podíl, a výše toho podílu.

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 tichém společenství podle § 673 obchodního zákoníku.

Místo

Datum

Jméno, Příjmení osoby oprávněné k zastupování právnické osoby

Funkce

Podpis

*) vyplňuje pouze právnická osoba

Předběžný finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání - 1 rezident *

Název ukazatele							Hodnota ukazatele celkem
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
MZDOVÉ NÁKLADY NA REZIDENTA	0	0	0	0	0	0	0
Mzda celkem	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
Odvody celkem	0	0	0	0	0	0	0
DALŠÍ NÁKLADY NA REZIDENTA	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
Ostatní náklady							0
NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM	0	0	0	0	0	0	0

* předběžný plán se předkládá při podání žádosti

Finanční plán specializačního vzdělávání I. - 1 rezident*

MZDOVÉ NÁKLADY NA REZIDENTA

jméno rezidenta	pracoviště	úvazek	doba	měsíční hrubá mzda

Materiálové náklady

název položky	bližší specifikum	ks	cena za 1 ks	cena celkem
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

Finanční plán specializačního vzdělávání II. - 1 rezident*

Náklady na služby

název položky	bližší specifikum	ks	cena za 1 ks	cena celkem
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

Ostatní náklady

název položky	bližší specifikum	ks	cena za 1 ks	cena celkem
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

*předkládá se až po výběru rezidenta

Finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání III. - 1 rezident*

Název ukazatele							Hodnota ukazatele celkem
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
MZDOVÉ NÁKLADY NA REZIDENTA	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
Odvody celkem	0	0	0	0	0	0	0
OSTATNÍ NÁKLADY NA REZIDENTA	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM	0	0	0	0	0	0	0

* předkládá se až po výběru rezidenta, vyplní právnická osoba

Prohlášení

Osoba odpovědná za zpracování projektu

Příjmení, jméno, titul

Funkce

@
e-mail

Telefon

Místo

Datum

Podpis

Osoba odpovědná za zpracování finančního plánu projektu

Příjmení, jméno, titul

Funkce

@
e-mail

Telefon

Místo

Datum

Podpis

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 bezdužnosti žadatele vůči orgánům státní správy, zdravotní pojišťovně, orgánům sociálního zabezpečení a vůči územním samosprávním celkům

Identifikační údaje o žadateli

<input type="text" value="0"/>		<input type="text" value="0"/>	
Název organizace **		Právní forma **	
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Sídlo organizace - ulice **	č.p. / č.o. **	Obec **	PSC **
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Kraj - sídlo žadatele **	IC **	DIČ **	
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>		
Kraj - sídlo poskytovatele **	RC **		

Statutární orgán

<input type="text" value="0"/>		<input type="text" value="0"/>	
Příjmení, jméno, titul **		Funkce **	
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Ulice **	č.p. / č.o. **	Obec **	PSC **
<input type="text" value="@"/>		<input type="text" value="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 samosprávních celků.

V _____ dne

Podpis statutárního orgánu/fyzické osoby

Razítko organizace

**) načte se automaticky z předchozích listů

***) vyplňuje fyzická osoba

