

Pokyny k vyplnění

1. Průvodní list

V průvodním listu vyplňuje žadatel pouze **v oboru, počet míst, název organizace** a její **právní formu** (výběr z rozevíracího 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 rozevíracího 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. Informace o rezidentovi

Informace o rezidentovi se vyplňuje pro **každého** rezidenta **samostatně**. Je potřebné vyplnit všechny části formuláře. Žadatel uvede datum zařazení do oboru, datum zahájení specializačního vzdělávání u akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb. Pokud rezident již má část specializačního vzdělávání odstudovanou, žadatel uvede počet odstudovaných měsíců a počet zbývajících měsíců a s datumem očekávaného ukončení specializačního vzdělávání.

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 | PSC |
| | | | |
| Kraj - sídlo žadatele^{*)} | Kraj - sídlo poskytovatele^{*)} | | |

NEVYPLŇUJTE - Vypĺňuje Global Health Service, s.r.o.

Podání žádosti

Datum přijetí žádosti :

Č.j. žádosti :

| Splnění náležitostí | | |
|---|---------|-----------|
| NÁZEV | SPLNĚNO | NESPLNĚNO |
| Žádost | | |
| 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 | | |
|---------------------------------|--|--|
| | odesláno | přijato |
| Výzva k doplnění žádosti | <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> | <input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/> |
| Stanovisko ministerstva | přiděleno | ANO/NE^{*)} |
| | <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> | |

^{*)} vyber jednu z možností

Informace o žadateli

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| | |
| V OBORU**) | Počet požadovaných míst*) |

| | |
|--|---|
| | |
| Maximální počet školicích míst, pro které má poskytovatel zdravotních služeb udělenou akreditaci (pokud je uvedeno v rozhodnutí o udělení akreditace) | Počet účastníků SV, kteří se u akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb v oboru aktuálně vzdělávají v době podání žádosti |

Identifikační údaje o žadateli

| | |
|----------------------------|------------------------|
| | |
| Název organizace**) | Právní forma**) |

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------|----------------|---------------|
| | | | |
| Sídlo organizace - ulice**) | č.p. / č.o.**) | Obec**) | PSC**) |

| | | |
|---------------------------------|-----------|------------|
| | | |
| Kraj - sídlo žadatele**) | IČ | DIČ |

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| | |
| Kraj - sídlo poskytovatele **) | RČ ***) |

| | |
|---------------------------|----------------|
| | |
| @ e-mail | Telefon |

| | |
|---|---|
| | |
| Č.j. registrace či zřizovací listiny | Registrující orgán či zřizovatel |

| | | |
|--|------------------|---|
| | | |
| Bankovní spojení žadatele/zřizovatele | Kód banky | Adresa místně příslušného Finančního úřadu |

Statutární orgán

| | |
|-------------------------------|---------------|
| | |
| Příjmení, jméno, titul | Funkce |

| | | | |
|--------------|--------------------|-------------|------------|
| | | | |
| Ulice | č.p. / č.o. | Obec | PSC |

| | |
|---------------------------|----------------|
| | |
| @ e-mail | Telefon |

Jména rezidentů

| Jméno rezidenta | datum a místo narození | kontaktní adresa |
|-----------------|------------------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Poznámky

*) vyber jednu z možností

**) načte se automaticky z předchozího listu

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.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| | |
|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Místo | Datum |
| <input type="text"/> | |
| Jméno, Příjmení osoby oprávněné k zastupování právnické osoby | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Funkce | Podpis |

*) vyplňuje pouze právnická osoba

Finanční plán specializačního vzdělávání I. - 1 rezident***MZDOVÉ NÁKLADY NA REZIDENTA**

| jméno rezidenta | pracoviště | úvazek | doba | 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 |
| 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 |
| CELKEM | | | | 0 Kč |

*předkládá se až po výběru rezidenta

| Finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání III. - 1 rezident* | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------|
| N á z e v u k a z a t e l e | | | | | | | Hodnota ukazatele celkem |
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 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

| | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Příjmení, jméno, titul | | Funkce |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| @ e-mail | | Telefon |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Místo | Datum | Podpis |

Osoba odpovědná za zpracování finančního plánu projektu

| | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Příjmení, jméno, titul | | Funkce |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| @ e-mail | | Telefon |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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.

| | | |
|----------------------|----------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Místo | Datum | Podpis statutárního zástupce |

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

Identifikační údaje o žadateli

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> | | |
| Název organizace** | | Právní forma** | | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Sídlo organizace - ulice** | č.p. / č.o. | Obec** | PSC** | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Kraj - sídlo žadatele** | IC** | DIČ** | | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | | | |
| Kraj - sídlo poskytovatele** | | | | |

Statutární orgán

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> | | |
| Příjmení, jméno, titul** | | Funkce** | | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Ulice** | č.p. / č.o. | Obec** | PSC** | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| @ | | | | |
| 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