

Pokyny pro vyplnění žádosti

Průvodní list

V průvodním listu žadatel vyplňuje kolonky Obor, Počet míst, o který žádáte, Lhůtu, v níž má být dosaženo účeli dotace - vyplňte výběrem z rozevíracího seznamu dle délky trvání vzdělávání v daném oboru viz sloupec Délka studia v měsících v tabulce Nelékařské obory vyhlášené pro 2019, která je součástí Výzvy, dále vyplňte identifikační údaje o žadateli. Zbývající část průvodního listu vyplňuje administrátor popř. ministerstvo.

Informace o žadateli

Kolonky Obor, Počet míst, Název organizace, Právní forma, Sídlo organizace se vyplní automaticky z předešlého listu Průvodní list. Kolonka Kraj se vyplňuje výběrem z rozevíracího seznamu.

Kolonka Dotace na obor se vyplňuje výběrem z rozevíracího seznamu. Zvolte částku uvedenou v seznamu oborů vyhlášených pro rok 2019, seznam vyhlášených oborů je přílohou Výzvy.

Informace o organizačních složkách, pro které je žádáno o dotaci - vyplnit název a adresu organizační složky a počet žádaných rezidenčních míst. Součet ve sloupci dole musí souhlasit s počtem v kolonce na listu vpravo nahoře.

Informace o vlastnické a rozhodovací struktuře žadatele

Vyplňuje pouze právnická osoba. Jestliže za žadatele o poskytnutí dotace jedná osoba pověřená plnou mocí, musí být tato plná moc přiložena k žádosti o poskytnutí dotace. Plná moc může být generální se zmocněním ke všem úkonům, nebo speciální, a v tom případě musí přesně specifikovat úkon či úkony, k nimž je uvedená osoba zmocněna.

Prohlášení osob odpovědných za vyplnění žádosti

Vyplňují všechny formy osob žadatelů. Osoba odpovědná za zpracování projektu je zároveň kontaktní osobou pro ministerstvo a administrátora. Osobu odpovědná za zpracování finančního plánu je ta, která po schválení dotace vypracuje finanční plán.

Doplňte místo, datum a podpis.

Čestné prohlášení o bezdlužnosti

Kolonky se vyplní automaticky z předešlých listů. Dopňte místo, datum, razítko a podpis.

Podpisy

Sebelépe vyplněná žádost bez podpisu oprávněné osoby je žádostí trpící vadami. Jestliže žádost podepisuje jiná osoba než statutární orgán, je nutné k žádosti doložit ověřenou plnou moc o zmocnění této osoby jednat jménem žadatele.

Průvodní list

<input type="text"/>		<input type="text" value="0"/>
Obor specializačního vzdělávání		Počet míst
<input type="text" value="Dotační program Rezidenční místa 2019 - nelékařské obory"/>	<input type="text"/>	
Identifikave výzvy s dotačním programem		Lhůta, v níž má být dosaženo účelu dotace*)
Identifikační údaje o žadateli		
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Název organizace		Právní forma)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sídlo organizace - ulice	č.p. / č.o.	Obec
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraj - sídlo žadatele*)	Kraj - sídlo poskytovatele*)	

Podání žádosti - NEVYPLŇUJTE - vyplňuje administrátor

Datum přijetí žádosti :

Č.j. žádosti :

Splnění formálních náležitostí - NEVYPLŇUJTE - vyplňuje administrátor

Formulář žádosti	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
Průvodní list	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informace o žadateli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informace o vlastnické a rozhodovací struktuře žadatele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prohlášení osob odpovědných za vyplnění žádosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o bezdlužnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přílohy žádosti		
Kopie Rozhodnutí o akreditaci (akreditovaný poskytovatel zdrav. služeb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie rámcové dohody o zajištění teoretické, praktické části vzdělávacího programu uzavřené s akreditovaným zdravotnickým zařízením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie oprávnění k poskytování zdravotnických služeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie dokumentu potvrzující vznik žadatele nebo oprávnění k jeho činnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) Dokument podle formy právnické osoby zvolte dle ustanovení odst. 5 písm. d) Čl. 7 Výzvy k podání žádosti o poskytnutí dotace.

Záznam o hodnocení žádosti - NEVYPLŇUJTE - vyplňuje administrátor

Vyloučeno pro formální nedostatky	<input type="text" value="ANO/NE*"/>	Datum zveřejnění	<input type="text"/>
Datum odeslání akreditační komisi	<input type="text"/>		
Stanovisko akreditační komise	<input type="text" value="ANO/NE*"/>	Pořadí žádosti	<input type="text"/>
Stanovisko ministerstva	<input type="text" value="ANO/NE*"/>		

*) vyberte z možností

Informace o vlastnické a rozhodovací struktuře žadatele *)

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 osobě žadatele.

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 tiché společnosti podle § 2747 občanského zákoníku.

Místo

Datum

Jméno a příjmení osoby oprávněné k zastupování právnické osoby

Funkce

Podpis

*) vyplňuje pouze právnická osoba

Prohlášení osob odpovědných za vyplnění žádosti

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

Prohlášení statutárního orgánu nebo k tomu oprávněné osoby

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

V souladu s ustanovení § 14 a násl. rozpočtových pravidel, ve spojení s ustanovením čl. 6 odst. 1 písm. e) nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), souhlasím s tím, aby moje osobní údaje uvedené v této žádosti, byly zpracovány pro účely dotačního řízení.

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

Místo

Datum

Podpis statutárního orgánu

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 **	DIC **	
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>		
Kraj - sídlo pracoviště **	ŘČ ***		

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="0"/>		<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