

**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. 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 v akreditovaném zařízení žadatele. Pokud rezident již má část specializačního vzdělávání odstudovanou, žadatel uvede počet odstudovaných měsíců a počet zbývajících měsíců a s datem očekávaného ukončení specializačního vzdělávání.

**3. ČP o bezdlužnosti, ČP o spolupráci**

Položky se vyplní automaticky z předešlých listů.

## Průvodní list k žádosti

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

V OBORU

POČET MÍST

PROJEKT

Projekt 1 - Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků -  
základní kmen

### Identifikační údaje o žadateli

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

Název organizace

Právní forma )

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

Sídlo organizace - ulice

č.p. / č.o.

Obec

PŠČ

Kraj \*)

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

### Podání žádosti

Datum přijetí žádosti :

Č.j. žádosti :

### Splnění náležitostí

NÁZEV Žádost	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
1 x originál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 x CD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
řádně vyplněná žádost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informace o rezidentovi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanční plány	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vzdělávací plán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prohlášení o bezdlužnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přílohy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie pracovní smlouvy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie Rozhodnutí o akreditaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie smlouvy s akreditovaným zdravotnickým zařízením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie dokladu o vzniku subjektu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie dokladu o registraci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ostatní informace

Výzva k doplnění žádosti	odesláno <input type="text"/>	přijato <input type="text"/>
Stanovisko ministerstva	přiděleno ANO/NE *) <input type="text"/>	

\*) vyber jednu z možností

## Informace o žadateli

	0
<b>V OBORU**)</b>	<b>Počet požadovaných míst*)</b>

<b>Maximální počet školicích míst pro které má zařízení udělenou akreditaci (pokud je uvedeno v rozhodnutí o udělení akreditace)</b>	<b>Počet účastníků SV, kteří se v akreditovaném zařízení v oboru aktuálně vzdělávají v době podání žádosti</b>

### Identifikační údaje o žadateli

0	
<b>Název organizace**)</b>	<b>Právní forma**)</b>

0	0	0	0
<b>Sídlo organizace - ulice**)</b>	<b>č.p. / č.o.**)</b>	<b>Obec**)</b>	<b>PSC**)</b>

0		CZ
<b>Kraj**)</b>	<b>IC</b>	<b>DIC</b>

@	
<b>e-mail</b>	<b>Telefon</b>

<b>Č.j. registrace či zřizovací listiny</b>	<b>Registrující orgán či zřizovatel</b>

<b>Bankovní spojení žadatele/zřizovatele</b>	<b>Kód banky</b>	<b>Adresa místně příslušného Finančního úřadu</b>

### Statutární orgán

<b>Příjmení, jméno, titul</b>	<b>Funkce</b>

<b>Ulice</b>	<b>č.p. / č.o.</b>	<b>Obec</b>	<b>PSC</b>

@	
<b>e-mail</b>	<b>Telefon</b>

### Jména rezidentů

Jméno rezidenta	datum a místo narození	kontaktní adresa

### Poznámky

\*) vyber jednu z možností

\*\*) načte se automaticky z předchozího listu

**Informace o rezidentovi**

Identifikační údaje o žadateli

Jméno a příjmení, titul rezidenta

Datum  
narození

Místo narození

Adresa - ulice

Č.p.

Obec

PSČ

Státní občanství

Datum zařazení do oboru  
specializačního vzděláváníDatum zahájení  
specializačního  
vzdělávání v  
akreditovaném zařízení

Počet odstudovaných měsíců v základním kmeni

Počet zbývajících měsíců v standardní délce specializačního vzdělávání

Požadovaná výše dotace na základní kmen ( Kč 5000,- X počet měsíců)

Datum očekávaného ukončení specializačního  
vzdělávání v akreditovaném zařízení

Datum zahájení rezidentury

telefon

e-mail

Název akreditovaného zařízení, ve kterém rezident absolvoval část specializačního vzdělávání v  
základním kmeni

Poznámka

**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.**

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

0				0
<b>Název organizace**</b>				<b>Právní forma**</b>
0	0	0		
<b>Sídlo organizace - ulice**</b>	<b>č.p. / č.o.</b>	<b>Obec**</b>	<b>PSČ**</b>	
0	0		CZ	
<b>Kraj**</b>	<b>IC**</b>		<b>DIČ**</b>	

### Statutární orgán

0				0
<b>Příjmení, jméno, titul**</b>				<b>Funkce**</b>
0	0	0		
<b>Ulice**</b>	<b>č.p. / č.o.</b>	<b>Obec**</b>	<b>PSČ**</b>	
@				0
<b>e-mail**</b>				<b>Telefon**</b>

### 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