

Pokyny k vyplnění**1 Průvodní list**

V průvodním listu vyplňuje žadatel pouze **v oboru, počet míst, projekt** (výběr z rozevírajícího se seznamu - projekt 1-2), **název organizace** a její **právní formu** (výběr z rozevírajícího se seznamu) a dále **sídlo organizace**. Zbývající část průvodního listu vyplňuje ministerstvo.

2 Žádost

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 Finanční plán

Jedná se o finanční plán na jednoho rezidenta. Vyplňujte pouze pole označena bíle. Šedivě označená pole se dopočítají automaticky (odvody, superhrubá mzda,). **Hodnota ukazatele celkem** nesmí být vyšší než je celková výše dotace na jednoho rezidenta pro příslušný obor na celou dobu specializačního vzdělávání.

4. ČP o bezdlužnosti, ČP o spolupráci

Položky se vyplní automaticky z předešlých listů.

Průvodní list k žádosti

V OBORU	POČET MÍST
PROJEKT^{*)}	Projekt č. 2 - Specializační vzdělávání nelékařů

Identifikační údaje o žadateli

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

NEVYPLŇUJTE - Vyplňuje Global Helth Service, s.r.o. Podání žádosti

<p>Místo pro podací razítko GHS, s.r.o.:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>Čas přijetí žádosti : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Datum otevření obálky : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>č.j. žádosti : <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
---	--

Splnění formálních náležitostí

NÁZEV	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
Žádost		
1 x originál		
1 x kopie		
1 x CD		
Rádně vyplněná žádost		
Informace o žadateli		
Finanční plány		
Prohlášení		
Prohlášení o bezdlužnosti		
Čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným zařízením		
Přílohy		
Kopie dokladu o vzniku subjektu		
Kopie dokladu o akreditaci		
Kopie dokladu o registraci		
Označení obálky		

Ostatní informace

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

^{*)} vyber jednu z možností

Ministerstvo zdravotnictví

Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2

tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: odborvzv@mzcr.cz, www.mzcr.cz

Informace o žadateli		
<input type="text" value="0"/> V OBORU**)		<input type="text" value="0"/> POČET MÍST**)
Identifikační údaje o žadateli		
<input type="text" value="0"/> Název organizace**)		<input type="text" value="0"/> Právní forma**)
<input type="text" value="0"/> Sídlo organizace - ulice**)	<input type="text" value="0"/> č.p. / č.o.**)	<input type="text" value="0"/> Obec**)
<input type="text" value="0"/> Kraj **)	<input type="text" value="0"/> IC	<input type="text" value="0"/> PSC**)
<input type="text" value="0"/> e-mail		<input type="text" value="0"/> Telefon
<input type="text" value="0"/> Č.j. registrace či zřizovací listiny	<input type="text" value="0"/> Registrující orgán či zřizovatel	
<input type="text" value="0"/> Bankovní spojení žadatele/zřizovatele	<input type="text" value="0"/> Kód banky	<input type="text" value="0"/> Adresa místně příslušného Finančního úřadu
Statutární orgán		
<input type="text" value="0"/> Příjmení, jméno, titul		<input type="text" value="0"/> Funkce
<input type="text" value="0"/> Ulice	<input type="text" value="0"/> č.p. / č.o.	<input type="text" value="0"/> Obec
<input type="text" value="0"/> e-mail		<input type="text" value="0"/> 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"/>		

*) vyber jednu z možností

**) načte se automaticky z předchozího listu

Předběžný finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání - 1 rezident *							
Název ukazatele							Hodnota ukazatele celkem
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
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
OSTATNÍ NÁKLADY NA REZIDENTA	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
Jiné 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
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

OSTATNÍ NÁKLADY - 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
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				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
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
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
OSTATNÍ NÁKLADY NA REZIDENTA	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
Jiné náklady							0
NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM	0	0	0	0	0	0	0

*předkládá se až po výběru rezidenta

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

Čestné prohlášení o bezdlužnosti žadatele vůči orgánům státní správy, zdravotní pojišťovně, orgánům

Identifikační údaje o žadateli

0	0		
Název organizace**)	Právní forma**)		
0	0	0	0
Sídlo organizace - ulice**)	č.p. / č.o.	Obec**)	PSČ**)
0	0	0	0
Kraj **)	IČ**)	DIČ**)	

Statutární orgán

0	0		
Příjmení, jméno, titul**)	Funkce**)		
0	0	0	0
Ulice**)	č.p. / č.o.	Obec**)	PSČ**)
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 samosprávních celků.

V _____ dne

Podpis statutárního orgánu/fyzické

Razítko organizace

**) načte se automaticky z předchozích listů

Čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným zařízením

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 **)	IČ**)	DIČ**)	

Statutární orgán

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

Prohlášení

Čestně prohlašuji: že dle ustanovení § 60d písmeno a) zákona č. 96/2004 Sb. - v případě Projektu č. 2, zajistíme rezidentovi řádné absolvování všech součástí vzdělávacího programu na akreditovaných zdravotnických pracovištích, které nemůže poskytnout naše

Zajištěná praxe pro obory:

Název akreditovaného zdravotnického

V _____ dne

Podpis statutárního orgánu/fyzické osoby

Razítko organizace

**) načte se automaticky z předchozích listů