

Pokyny k vyplnění**Finanční plány**

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.

Finanční plán PO - vyplňují pouze právnické osoby

Finanční plán OSVČ - vyplňují pouze osoby samostatně výdělečně činné - praktičtí lékaři

Vzdělávací plány

Vyplní se vzdělávací plán příslušného oboru specializačního vzdělávání zveřejněný na webových stránkách MZ ČR

Průvodní list k žádosti

--	--

V OBORU

POČET MÍST

PROJEKT

Projekt č. 3 - Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků - celý program

Identifikační údaje o žadateli

--	--

Právní forma^{*)}

--	--	--	--

Sídlo organizace - ulice

č.p. / č.o.

Obec

PSC

Kraj^{*)}

Kraj^{*)}

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

Podání žádosti

Místo pro podací razítko GHS, s.r.o.:

Čas přijetí žádosti :

Datum otevření obálky :

č.j. žádosti :

Splnění formálních náležitostí

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

Ostatní informace

Vyloučeno pro formální nedostatky	ANO / NE	Datum zveřejnění	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
Datum odeslání akreditační komisi			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
Stanovisko akreditační komise	ANO / NE	Pořadí žádosti	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
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: odborzv@mzcr.cz, www.mzcr.cz

Informace o žadateli

0 V OBORU**)	0 POČET MÍST**)
------------------------	---------------------------

Identifikační údaje o žadateli

0 Název organizace**)	0 Právní forma**)
---------------------------------	-----------------------------

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

0 Kraj**)	IC	DÍC
---------------------	----	-----

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
--------	---------

Základní informace týkající se akreditace

Školící místo	V oboru	Jméno školitele

Poznámky

*) vyber jednu z možností

***) načte se automaticky z předchozího listu

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

MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE

jméno školitele	pracoviště	úvazek	doba	měsíční hrubá mzda
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

OSTATNÍ NÁKLADY - Materiálové náklady

Název položky	blížeší 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
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

*předkládá se až po výběru rezidenta

Finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání III. - 1 rezident* (vyplní PO)							
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
MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE	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
NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM	0	0	0	0	0	0	0

*předkládá se až po výběru rezidenta

Finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání III. - 1 rezident* (vyplní OSVČ)							
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
MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							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

Profesní životopis školitele

Titul, jméno, příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Kontakt (telefon, e-mail):

Vzdělání: **Škola:**

Získaná atestace: Datum:

Získaná atestace: Datum:

Získaná atestace: Datum:

Získaná specializovaná způsobilost: Datum:

Získaná specializovaná způsobilost: Datum:

Získaná specializovaná způsobilost: Datum:

Seznam absolvovaných vzdělávacích akcí za posledních 5 let v rámci celoživotního vzdělávání a počet získaných kreditů a certifikátů :

Délka praxe školitele:

Zaměstnání:

Zařízení:

Obor:

od - do

Zařízení:

Obor:

od - do

Zařízení:

Obor:

od - do

Zkušenost ve školící činnosti (počet odškolených školenců za posledních 5 let, specifikovat zda se jednalo o školence na odbornou nebo specializovanou způsobilost, pokud v současnosti máte školence uveďte kdy bude končit podle nového kurikula):

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 sociálního

Identifikační údaje o žadateli							
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Název organizace**)	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Právní forma**)						
<input style="width: 25%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Sídlo organizace - ulice**)	<input style="width: 10%; height: 20px;" type="text" value="0"/> č.p. / č.o.	<input style="width: 25%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Obec**)	<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text" value="0"/> PSC**)				
<input style="width: 25%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Kraj**)	<input style="width: 25%; height: 20px;" type="text" value="0"/> IC**)	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text" value="0"/> DIČ**)					
Statutární orgán							
<input style="width: 60%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Příjmení, jméno, titul**)		<input style="width: 60%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Funkce**)					
<input style="width: 25%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Ulice**)	<input style="width: 10%; height: 20px;" type="text" value="0"/> č.p. / č.o.	<input style="width: 25%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Obec**)	<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text" value="0"/> PSC**)				
<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text" value="0"/> e-mail**)			<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text" value="0"/> Telefon**)				
Prohlášení							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>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.</p> </div>							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: bottom;"> V </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: bottom;"> dne </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; vertical-align: bottom;"> Podpis statutárního orgánu/fyzické osob </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; vertical-align: bottom;"> Razítko organizace </td> </tr> </table>				V	dne	Podpis statutárního orgánu/fyzické osob	Razítko organizace
V	dne						
Podpis statutárního orgánu/fyzické osob	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**)	PSČ**)
0	0	0	0
Kraj **)	IC**)	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 dle ustanovení § 21d písm. a) zákona č. 95/2004 Sb. - v případě Projektu č. 3, 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