

**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 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<sup>\*)</sup>

--	--	--	--

Sídlo organizace - ulice

č.p. / č.o.

Obec

PSC

--	--

Kraj - sídlo žadatele<sup>\*)</sup>

Kraj - sídlo poskytovatele<sup>\*)</sup>

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

### Podání žádosti

Datum přijetí žádosti :

Č.j. žádosti :

### Splnění náležitostí

NÁZEV	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
<b>Žádost</b>		
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		
<b>Přílohy</b>		
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: 150px; height: 25px;" type="text"/>
Stanovisko ministerstva	přiděleno ANO/NE <sup>*)</sup>	
	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	

<sup>\*)</sup> vyber jednu z možností

## Informace o žadateli

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

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

### Identifikační údaje o žadateli

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

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

<b>Kraj - sídlo žadatele**)</b>	<b>IČ</b>	<b>DIČ</b>

<b>Kraj - sídlo poskytovatele **)</b>	<b>RČ ***)</b>

<b>@</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>@</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 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.


Místo	Datum

Jméno, Příjmení osoby oprávněné k zastupování právnické osoby

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
<b>CELKEM</b>				<b>0 Kč</b>

**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
<b>CELKEM</b>				<b>0 Kč</b>

**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
<b>CELKEM</b>				<b>0 Kč</b>

\*předkládá se až po výběru rezidenta

Finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání III. - 1 rezident*							
Název ukazatele							Hodnota ukazatele celkem
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<b>MZDOVÉ NÁKLADY NA REZIDENTA</b>	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
Odvody celkem	0	0	0	0	0	0	0
<b>OSTATNÍ NÁKLADY NA REZIDENTA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
<b>NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

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

### Statutární orgán

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

### 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