

**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. 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 datem 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	Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků - základní kmen		

## 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 Žádost	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
1 x originál		
1 x CD		
řádně vyplněná žádost		
Informace o žadateli		
Informace o vlast. strukt.		
Informace o rezidentovi		
Vzdělávací plán		
Prohlášení o bezdlužnosti		
Přílohy		
Kopie pracovní smlouvy		
Kopie Rozhodnutí o udělení akreditace		
Kopie smlouvy s akreditovaným zařízením		
Kopie dokladu o vzniku poskytovatele zdravotních služeb		
Kopie dokladu o registraci		

## Ostatní informace

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

<sup>\*)</sup> vyber jednu z možností

## Informace o žadateli

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

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

### Identifikační údaje o žadateli

0		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			
<b>Kraj - sídlo žadatele**)</b>	<b>IČ</b>	<b>DIČ</b>	
0			
<b>Kraj - sídlo poskytovatele**)</b>	<b>RČ***)</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

\*\* ) načte se automaticky z předchozího listu

\*\*\* ) vyplňuje žadatel pouze jako fyzická osoba

**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

## Informace o rezidentovi

Identifikační údaje o žadateli

Jméno a příjmení, titul rezidenta

Datum  
narození

Místo narození

Adresa - ulice

Č.p.

Obec

PSČ

Státní občanství

Název oboru specializačního vzdělávání  
a datum zařazeníDatum zahájení specializačního  
vzdělávání u akreditovaného  
poskytovatele zdravotních  
služeb

Počet odstudovaných měsíců v základním kmeni

Název základního kmene

Počet zbývajících měsíců v standardní délce specializačního  
vzdělávání

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

Datum očekávaného ukončení specializačního  
vzdělávání u akreditovaného poskytovatele  
zdravotních služeb

Datum zahájení rezidentury

telefon

@  
e-mailNázev akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém rezident absolvoval část specializačního  
vzdělávání v základním kmeni

Poznámka

**Prohlášení****Osoba odpovědná za zpracování projektu**

Příjmení, jméno, titul

Funkce

@  
e-mail

Telefon

Místo

Datum

Podpis

**Osoba odpovědná za zpracování finančního plánu projektu**

Příjmení, jméno, titul

Funkce

@  
e-mail

Telefon

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 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.

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 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 **	PSČ **
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Kraj - sídlo žadatele **	IC **	DIČ **	
<input type="text" value="0"/>			
Kraj - sídlo poskytovatele **			

### Statutární orgán

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Příjmení, jméno, titul **		Funkce **	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulice **	č.p. / č.o.	Obec **	PSČ **
<input type="text" value="@"/>			<input type="text"/>
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