

### **Pokyny k vyplnění**

#### **Finanční plány**

Jedná se o finanční plán na jednoho rezidenta. Vyplňujte pouze pole označena bíle. **Hodnota ukazatele celkem** nesmí být vyšší než je celková výše dotace na jednoho rezidenta pro příslušný obor na celou dobu specializačního vzdělávání.

Měsíční hrubá mzda se rozumí mzda z dotace.

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

NÁZEV

Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků - celý program

## Identifikační údaje o žadateli

--	--

Název organizace

Právní forma<sup>\*)</sup>

--	--	--	--

Sídlo organizace - ulice

č.p. / č.o.

Obec

PSČ

--	--

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

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 Žádost	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
1 x originál		
1 x CD		
Rádně vyplněná žádost		
Informace o žadateli		
Informace oblasti struktury		
Finanční plány		
Životopis školitele		
Prohlášení		
Prohlášení o bezdlužnosti		
Čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným poskytovatelem zdravotních služeb		
<b>Přílohy</b>		
Kopie dokladu o vzniku poskytovatele zdravotních služeb		
Kopie dokladu o udělení akreditace		
Kopie dokladu o registraci		
Kopie smlouvy s akreditovaným zařízením		
Označení obálky		

## Ostatní informace

Vyloučeno pro formální nedostatky

ANO / NE

Datum zveřejnění

--

Datum odeslání akreditační komisi

--

Stanovisko akreditační komise

ANO / NE

Pořadí žádosti

--

Stanovisko ministerstva

přiděleno

nepřiděleno

<sup>\*)</sup> vyber jednu z možností

## Informace o žadateli

0	0
V OBORU**)	POČET MÍST**)

### Identifikační údaje o žadateli

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

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

0	IC	DÍC
Kraj - sídlo žadatele**)		

0	RČ ***)
Kraj - sídlo poskytovatele**)	

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

\*\*\*) vyplňuje pouze 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

Předběžný Finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání - 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>MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE</b>	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
<b>OSTATNÍ NÁKLADY NA REZIDENTA</b>	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
<b>NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM</b>	0	0	0	0	0	0	0

Předběžný finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání - 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>MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE</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>	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
<b>NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM</b>	0	0	0	0	0	0	0

## Finanční plán specializačního vzdělávání I. - 1 rezident\*

## MZDOVÉ NÁKLADY NA REZIDENTA

jméno rezidenta	pracoviště	úvazek	doba	měsíční hrubá mzda

## MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE

jméno školitele	pracoviště	úvazek	doba	měsíční hrubá mzda

## 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
<b>CELKEM</b>				<b>0 Kč</b>

## Finanční plán specializačního vzdělávání II. - 1 rezident\*

## OSTATNÍ NÁKLADY - 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
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				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>MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE</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>	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
<b>NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM</b>	0	0	0	0	0	0	0

\*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>MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE</b>	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
<b>OSTATNÍ NÁKLADY NA REZIDENTA</b>	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
<b>NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM</b>	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 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

## Čestné prohlášení o bezdužnosti 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**)	PSC**)
<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"/>	<input type="text" value="0"/>		
Kraj - sídlo poskytovatele **)	ŘČ ***)		

### 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**)	PSC**)
<input type="text"/>			<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.

<input type="text" value="V"/>	<input type="text" value="dne"/>
<hr/>	
Podpis statutárního orgánu/fyzické osob	Razítko organizace
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*\* ) načte se automaticky z předchozích listů

\*\*\* ) vyplňuje fyzická osoba

## Čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným poskytovatelem zdravotních služeb

### Identifikační údaje o žadateli

<input style="width: 95%;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 95%;" type="text" value="0"/>
<b>Název organizace **)</b>	<b>Právní forma **)</b>
<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 10%;" type="text" value="0"/>
<b>Sídlo organizace - ulice**)</b>	<b>č.p. / č.o.</b>
<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>
<b>Kraj - sídlo žadatele **)</b>	<b>Obec**)</b>
<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>
<b>Kraj - sídlo poskytovatele **)</b>	<b>PSČ**)</b>
<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>
<b>Kraj - sídlo poskytovatele **)</b>	<b>IC**)</b>
<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>
<b>Kraj - sídlo poskytovatele **)</b>	<b>DIC**)</b>
<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>
<b>Kraj - sídlo poskytovatele **)</b>	<b>RC ***)</b>
<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 25%;" type="text" value="0"/>

### 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: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>
<b>Ulice**)</b>	<b>č.p. / č.o.</b>
<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>
<b>Ulice**)</b>	<b>Obec**)</b>
<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>
<b>Ulice**)</b>	<b>PSČ**)</b>
<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>
<b>Ulice**)</b>	<b>Telefon**)</b>
<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>
<b>Ulice**)</b>	<b>Telefon**)</b>
<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>

### 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 u akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb, které nemůže zajistit přímo poskytovatel.

#### Zajištěná praxe pro obory:


#### Název akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb:


V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis statutárního orgánu/fyzické osoby

\_\_\_\_\_  
Razítko organizace

\*\* ) načte se automaticky z předchozích listů

\*\*\* ) vyplňuje fyzická osoba