

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			
<input style="width: 95%;" type="text"/>	V OBORU	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
PROJEKT ^{*)}	Projekt č. 2 - Specializační vzdělávání nelékařů		
Identifikační údaje o žadateli			
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Název organizace		Právní forma ^{*)}	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Sídlo organizace - ulice	č.p. / č.o.	Obec	PSC
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Kraj ^{*)}			
NEVYPLŇUJTE - Vypíňuje Global Helth Service, s.r.o. Podání žádosti			
Místo pro podací razítko GHS, s.r.o.:		Čas přijetí žádosti :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 50px;" type="text"/>		Datum otevření obálky :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
		č.j. žádosti :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
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 poskytovatelem zdravotních služeb			
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	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Datum odeslání akreditační komisi	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Stanovisko akreditační komise	ANO / NE	Pořadí žádosti	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Stanovisko ministerstva	přiděleno	nepřiděleno	

^{*)} vyber jednu z možností

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	DIC
--------------	----	-----

RC***)

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 jednájí 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
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
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
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

OSTATNÍ NÁKLADY - Materiálové náklady

Název položky	blížíší 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
				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
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
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 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

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

Statutární orgán

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

***) vyplňuje fyzická osoba

Čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným poskytovatelem zdravotních služeb

Identifikační údaje o žadateli

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

Statutární orgán

Příjmení, jméno, titul**)		Funkce**)	
Ulice**)	č.p. / č.o.	Obec**)	PSC**)
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 u akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb, které nemůže zajistit přímo poskytovatel.

Zajištěná praxe pro obory:

Název akreditovaného zdravotnického poskytovatele zdravotních služeb:

V _____ dne _____

Podpis statutárního orgánu/fyzické osoby

Razítko organizace

**) načte se automaticky z předchozích listů