

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 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	
PROJEKT	Projekt 1 - Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků - základní kmen	
Identifikační údaje o žadateli		
Název organizace	Právní forma ^{*)}	
Sídlo organizace - ulice	č.p. / č.o.	
	Obec	
	PSC	
Kraj ^{*)}		
NEVYPLŇUJTE - Vyplňuje Global Health Service, s.r.o.		
Podání žádosti		
Datum přijetí žádosti :		
Č.j. žádosti :		
Splnění náležitostí		
NÁZEV	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
Žádost		
1 x originál		
1 x CD		
řádně vyplněná žádost		
Informace o rezidentovi		
Vzdělávací plán		
Prohlášení o bezdlužnosti		
Přílohy		
Kopie pracovní smlouvy		
Kopie Rozhodnutí o akreditaci		
Kopie smlouvy s akreditovaným poskytovatelem zdravotních služeb		
Kopie dokladu o vzniku poskytovatele zdravotních služeb		
Kopie dokladu o registraci		
Ostatní informace		
Výzva k doplnění žádosti	odesláno	přijato
Stanovisko ministerstva	přiděleno	ANO/NE ^{*)}

^{*)} vyber jednu z možností

Informace o žadateli

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

Identifikační údaje o žadateli

Název organizace**)		Právní forma**)	
Sídlo organizace - ulice**)	č.p. / č.o.**)	Obec**)	PSC**)
Kraj**)	IC	DIC	
@		Telefon	
e-mail			
RČ***)	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
@		Telefon	
e-mail			

Jména rezidentů

Jméno rezidenta	datum a místo narození	kontaktní adresa

Poznámky

--

*) vyber jednu z možností

**) 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		
<input type="text"/>		
Identifikační údaje o žadateli		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jméno a příjmení, titul rezidenta	Datum narození	Místo narození
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa - ulice	Č.p.	Obec
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Státní občanství	Název oboru specializačního vzdělávání a datum zařazení	Datum zahájení specializačního vzdělávání u akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Počet odstudovaných měsíců v základním kmeni		Název základního kmene
<input type="text"/>		
Počet zbývajících měsíců v standardní délce specializačního vzdělávání		
<input type="text"/>		
Požadovaná výše dotace na základní kmen (Kč 5000,- X počet měsíců)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum očekávaného ukončení specializačního vzdělávání u akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb	Datum zahájení rezidentury	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
telefon	@ e-mail	
<input type="text"/>		
Název akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém rezident absolvoval část specializačního vzdělávání v základním kmeni		
Poznámka		
<input type="text"/>		

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"/>		<input type="text"/>
Název organizace **		Právní forma **
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sídlo organizace - ulice**	č.p. / č.o.	Obec**
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraj **	IČ**	DIČ**

Statutární orgán

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

V dne

Podpis statutárního orgánu/fyzické osoby

Razítko organizace

**) načte se automaticky z předchozích listů