

Pokyny k vyplnění

Finanční plány

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.

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		
PROJEKT	Projekt č. 3 - Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků - celý program		
Identifikační údaje o žadateli			
Sídlo organizace - ulice		č.p. / č.o.	Obec
Kraj^{*)}		PSC	
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			
Řádně vyplněná žádost			
Informace o žadateli			
Finanční plány			
Životopis školiště			
Prohlášení			
Prohlášení o bezdlužnosti			
Čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným poskytovatelem zdravotních služeb			
Přílohy			
Kopie dokladu o vzniku poskytovatele zdravotních služeb			
Kopie dokladu o akreditaci			
Kopie dokladu o registraci			
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	

*) vyber jednu z možností

Informace o žadateli

V OBORU**)	POCET MIST**)

Identifikační údaje o žadateli

Název organizace**)	Právní forma**)

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

Kraj **)	IC	DIC

ŘČ ***)

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Místo	Datum
<input type="text"/>	
Jméno, Příjmení osoby oprávněné k zastupování právnické osoby	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Funkce	Podpis

*) vyplňuje pouze právnická osoba

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
CELKEM				0 Kč

MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE

jméno školitele	pracoviště	úvazek	doba	měsíční hrubá mzda
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

OSTATNÍ NÁKLADY - Materiálové náklady

Název položky	blížeší 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
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
MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE	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
NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM	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
	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
MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
OSTATNÍ NÁKLADY NA REZIDENTA	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM	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 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"/>	<input type="text"/>
Sídlo organizace - ulice**)	č.p. / č.o.	Obec**)	PSČ**)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraj**)	IC**)	DIČ**)	

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"/>			<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 osob

Razítko organizace

**) načte se automaticky z předchozích listů

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**)	
ŘČ ***)			

Statutární orgán

Příjmení, jméno, titul**)		Funkce**)	
Ulice**)	č.p. / č.o.	Obec**)	PSC**)
e-mail**)			Telefon**)

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