

## 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 MZ.

### 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

Identifikace výzvy: Výzva k podání žádosti o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo - lékařské obory - program č. 1  
(kmen) pro rok 2019

<b>V OBORU</b>	<b>POČET MÍST</b>
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 - Vypĺňuje Institut postgraduálního vzdělávání

### Podání žádosti

<b>Název a adresa poskytovatele dotace:</b>  Ministerstvo zdravotnictví ČR Palackého náměstí 4 128 01 Praha 2	<b>Datum přijetí žádosti :</b>  _____  <b>Č.j. žádosti :</b>  _____	
---	---	--

### Splnění náležitostí

NÁZEV	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
<b>Žádost</b>		
1 x originál		
řádně vyplněná žádost		
Informace o žadateli		
Informace o vlastnické struktuře		
Informace o rezidentovi		
Vzdělávací plán		
Prohlášení osob odpov. za vypl. Žádosti včetně prohl. stat. Zástupce		
Prohlášení o bezdlužnosti		
<b>Přílohy</b>		
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

	odesláno	přijato
Výzva k doplnění žádosti	_____	_____
Stanovisko ministerstva	přiděleno ANO/NE <sup>*)</sup>	
	_____	

<sup>\*)</sup> vyber jednu z možností

## Informace o žadateli

0 V OBORU <sup>**</sup> )	0 Počet požadovaných míst <sup>**</sup> )
------------------------------	--

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

### Identifikační údaje o žadateli

0 Název organizace <sup>**</sup> )	0 Právní forma <sup>**</sup> )	
0 Sídlo organizace - ulice <sup>**</sup> )	0 č.p. / č.o. <sup>**</sup> )	0 Obec <sup>**</sup> )
0 Kraj - sídlo žadatele <sup>**</sup> )	0 PSC <sup>**</sup> )	0 PSČ <sup>**</sup> )
0 Kraj - sídlo poskytovatele <sup>**</sup> )	0 IC	0 DIC
@ e-mail	0 RČ <sup>***</sup> )	0 Telefon
0 Č.j. registrace či zřizovací listiny	0 Registrující orgán či zřizovatel	
0 Bankovní spojení žadatele/zřizovatele	0 Kód banky	0 Adresa místně příslušného Finančního úřadu

### Statutární orgán

0 Příjmení, jméno, titul	0 Funkce		
0 Ulice	0 č.p. / č.o.	0 Obec	0 PSC
0 e-mail	0 Telefon		

### Jména rezidentů

Jméno rezidenta	Datum narození	Místo narození	Kontaktní adresa

### Základní informace týkající se akreditace

Školící místo	Adresa pracoviště	V oboru	Jméno školitele

### Poznámky

<sup>\*\*</sup>) načte se automaticky z předchozího listu

<sup>\*\*\*</sup>) vyplňuje žadatel pouze jako fyzická osoba

## Informace o vlastnické a ovládací struktuře právnické osoby

1. Jména a příjmení 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 tiché společnosti podle § 2747 občanského zákoníku.


--	--

Místo

Datum

--

Jméno a 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  
narozeni

Místo narození

Adresa - ulice

Č.p.

Obec

PSČ

Státní občanství

Název oboru specializačního  
vzdělávání a datum zařazení

Datum zahájení  
specializačního vzdělávání u  
akreditovaného poskytovatele  
zdravotních služeb

Počet odstudovaných měsíců v základním kmene

Název základního kmene

Počet zbývajících měsíců do ukončení délky základního kmene

Požadovaná výše dotace na základní kmen (10 000 Kč X počet měsíců,  
pro interní kmen 20 000 Kč X počet měsíců)

Datum očekávaného ukončení základního kmene u  
akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb

Datum zahájení rezidentury

telefon

@  
e-mail

Název akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém rezident absolvoval část specializačního  
vzdělávání v základním kmene

Poznámka

## Prohlášení

### Osoba odpovědná za zpracování projektu

Příjmení, jméno, titul

Funkce

@  
e-mail

Telefon

Mobilní telefon

Místo

Datum

### Osoba odpovědná za zpracování finančního plánu projektu

Příjmení, jméno, titul

Funkce

@  
e-mail

Telefon

Mobilní telefon

Místo

Datum

### 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 bezdužnosti žadatele vůči orgánům státní správy, zdravotní pojišťovně, orgánům sociálního zabezpečení a vůči územním samosprávným 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"/>			
Kraj - sídlo poskytovatele **			

## Statutární orgán

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>		
Příjmení, jméno, titul**	Funkce**		
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
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"/>
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 samosprávných celků.

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

Podpis statutárního orgánu/fyzické osoby

Razítko organizace

\*\* ) načte se automaticky z předchozích listů

<b>RM pro základní kmene specializačního vzdělávání lékařských oborů</b>		
<b>Základní kmene</b>	<b>Minimální délka specializačního vzdělávání v základním kmeni</b>	<b>Výše dotace za 1 měsíc (na 1 rezidenta)</b>
Anesteziologický	30	10 000
Dermatovenerologický	30	10 000
Gynekologicko-porodnický	30	10 000
Hygienicko-epidemiologický	30	10 000
Chirurgický	30	10 000
Interní	30	20 000
Kardiochirurgický	30	10 000
Maxilofaciálněchirurgický	30	10 000
Neurochirurgický	30	10 000
Neurologický	30	10 000
Oftalmologický	30	10 000
Ortopedický	30	10 000
Otorinolaryngologický	30	10 000
Patologický	30	10 000
Pediatrický	30	10 000
Psychiatrický	30	10 000
Radiologický	30	10 000
Urologický	30	10 000
Všeobecné praktické lékařství	30	10 000