

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

Identifikace výzvy: Výzva k podání žádosti o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo - lékařské obory - program č. 2
(celé specializační vzdělávání) pro rok 2019

V OBORU	POČET MÍST
NÁZEV	Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků - celý program

Identifikační údaje o žadateli

Název organizace		Právní forma*)	
Sídlo organizace - ulice	č.p. / č.o.	Obec	PSC
Kraj - sídlo žadatele *)	Kraj - sídlo poskytovatele *)		

DÁLE NEVYPLŇUJTE - Vyplňuje Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Podání žádosti

Název a adresa poskytovatele dotace:	Čas přijetí žádosti :
Ministerstvo zdravotnictví ČR Palackého náměstí 4 128 01 Praha 2	
	Datum otevření obálky :
	č. j. žádosti:

Splnění formálních náležitostí

NÁZEV	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
Žádost		
1 x originál		
Rádně vyplněná žádost		
Informace o žadateli		
Informace o vlastnické struktuře		
Životopis školitele		
Prohlášení		
Čestné prohlášení o bezdlužnosti		
Čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným poskytovatelem zdravotních služeb		
Přílohy		
Kopie dokladu o vzniku poskytovatele zdravotních služeb		
Kopie Rozhodnutí o udělení / prodloužení 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	

*) vyber jednu z možností

Informace o žadateli

0 V OBORU**)	0 POČET MÍST**)
Maximální výše dotace pro daný obor	0 Žádost o dotaci v Kč ve výši = počet míst x maximální výše dotace
Maximální počet školících míst, pro které má poskytovatel zdravotních služeb udělenou akreditaci (pokud je uvedeno v rozhodnutí o udělení akreditace)	

Identifikační údaje o žadateli

0 Název organizace**)	0 Právní forma**)
0 Sídlo organizace - ulice**)	0 0 č.p. / č.o.**) Obec**)
0 Kraj - sídlo žadatele**)	0 PSC**)
0 Kraj - sídlo poskytovatele**)	0 DIC
0 e-mail	0 IC
0 telefon	0 RC***)
0 registrující orgán	0 Registrující orgán či zřizovatel
0 Bankovní spojení žadatele/zřizovatele	0 Kód banky Adresa místně příslušného Finančního úřadu

Statutární orgán

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

Základní informace týkající se akreditace

Školící místo a počet požadovaných RM	Adresa pracoviště	Akreditace v oboru	Jméno školitele

Poznámky

**) načte se automaticky z předchozího listu

***) vyplňuje pouze 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

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
				0 Kč
CELKEM				0 Kč

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
				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
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
MZDOVÉ NÁKLADY NA REZIDENTA	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
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
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
MZDOVÉ NÁKLADY NA REZIDENTA	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

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

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"/>		<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**)	PSČ**)
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Kraj - sídlo žadatele**)	IČ**)	DIČ**)	
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>		
Kraj - sídlo poskytovatele**)	RČ***)		

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**)	PSČ**)
<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

***) vyplňuje fyzická osoba

Čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným poskytovatelem zdravotních služeb

Identifikační údaje o žadateli

0		0	
Název organizace **)		Právní forma **)	
0	0	0	0
Sídlo organizace - ulice **)	č.p. / č.o.	Obec **)	PSC **)
0	0	0	0
Kraj - sídlo žadatele **)	IČ **)	DIČ **)	
0	0		
Kraj - sídlo poskytovatele **)	ŘČ ***)		

Statutární orgán

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

Prohlášení

Čestně prohlašuji, že dle ustanovení § 21d písm. a) zákona č. 95/2004 Sb. - v případě programu 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 poskytovatele zdravotních služeb:

V _____ dne _____

Podpis statutárního orgánu/fyzické osoby

Razítko organizace

**) načte se automaticky z předchozích listů

***) vyplňuje fyzická osoba

Obor specializačního vzdělávání	Počet rezidentů	Minimální délka specializačního vzdělávání/ roky	Celková dotace na 1 rezidenta za celé SV	Celková dotace na rezidenty za celé specializační vzdělávání
Všeobecné praktické lékařství	100	3	1 440 000	144 000 000
Pediatric	100	4,5	2 160 000	216 000 000
Vnitřní lékařství	45	5	2 100 000	94 500 000
Chirurgie	35	6	2 520 000	88 200 000
Dětská chirurgie	5	6	2 520 000	12 600 000
Psychiatrie	10	4,5	1 890 000	18 900 000
Dětská a dorostová psychiatrie	5	4,5	1 890 000	9 450 000
Pneumologie a fizeologie	10	4	1 680 000	16 800 000
Finanční prostředky vynaložené celkem na dotační program č. 2 v roce 2019				600 450 000