

Příloha č. 1 – Žádost o poskytnutí dotace

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

Informace o žadateli

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> V OBORU**)	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> POČET MÍST**)
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Maximální výše dotace pro daný oboi	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="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

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> Název organizace**)	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> Právní forma**)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> Sídlo organizace - ulice**)	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> č.p. / č.o.**)	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> Obec**)	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> PSC**)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> Kraj - sídlo žadatele**)	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> IC	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> DIC
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> Kraj - sídlo poskytovatele**)	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> RČ***)	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> e-mail	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> telefon	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> mobil
------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Č.j. registrace či zřizovací listiny	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Registrující orgán či zřizovatel
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Bankovní spojení žadatele/zřizovatele	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Kód banky	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Adresa místně příslušného Finančního úřadu
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Statutární orgán

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Příjmení, jméno, titul	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Funkce
----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Ulice	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> č.p. / č.o.	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> Obec	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> PSC
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> e-mail	<input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> 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
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
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
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
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

0			0
Název organizace ^{**})			Právní forma ^{**})
0	0	0	0
Sídlo organizace - ulice ^{**})	č.p. / č.o.	Obec ^{**})	PSČ ^{**})
0	0	0	0
Kraj - sídlo žadatele ^{**})	IC ^{**})	DIČ ^{**})	
0	0		
Kraj - sídlo poskytovatele ^{**})	RC ^{***})		

Statutární orgán

0			0
Příjmení, jméno, titul ^{**})			Funkce ^{**})
0	0	0	0
Ulice ^{**})	č.p. / č.o.	Obec ^{**})	PSČ ^{**})
0			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 **)	IC **)	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