

## **Pokyny k vyplnění**

### **Finanční kalkulace**

Jedná se o finanční kalkulaci na jednoho školence. Vyplňujte pouze pole označena bíle. Hodnota ukazatele celkem nesmí být vyšší než je celková výše dotace na jednoho školence v oboru všeobecné praktické lékařství 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**

**Vzdělávací plány se nepředkládají**

## Průvodní list k žádosti

--	--

NÁZEV

V OBORU

POČET MÍST

Dotační program Ministerstva zdravotnictví - Podpora specializačního vzdělávání v oboru všeobecného praktického lékařství

### 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>

**DÁLE NEVYPLŇUJTE - Vypňuje Ministerstvo zdravotnictví**

### Podání žádosti

Čas přijetí žádosti :

Datum otevření obálky :

č. j. žádosti:

### Splnění formálních náležitostí

**NÁZEV**

**Žádost**

1 x originál

Řádně vyplněná žádost

Informace o žadateli

Informace o vlastnické struktuře

Informace o školení

Finanční kalkulace specializačního vzdělávání, I - III

Profesní 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

Kopie diplomu školence

Kopie pracovní smlouvy školence

**SPLNĚNO**

**NESPLNĚNO**



### 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

<sup>\*)</sup> vyber jednu z možností

## Informace o žadateli

0 V OBORU**)	0 POČET MÍST**)
-----------------	--------------------

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	0 PSC**)
	č.p. / č.o.**)		Obec**)

0 Kraj - sídlo žadatele**)	IC	DIC
-------------------------------	----	-----

0 Kraj - sídlo poskytovatele**)	RČ***)	
------------------------------------	--------	--

e-mail	telefon	mobil
--------	---------	-------

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 a počet požadovaných míst	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 jednájí 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 školenci

0

### Identifikační údaje o žadateli

Jméno a příjmení, titul školence

Datum  
narození

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 specializačního vzdělávání

Název oboru spec. vzdělávání

Počet zbyvajících měsíců specializačního vzdělávání

Požadovaná výše dotace (40 000 Kč X počet měsíců)

Datum očekávaného ukončení specializačního  
vzdělávání u akreditovaného poskytovatele  
zdravotních služeb

Datum zahájení specializačního vzdělávání v rámci dotace

datum státní závěrečné zkoušky

datum vydání diplomu

Název akreditovaného poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém školence absolvoval část specializačního vzdělávání

Poznámka

### Finanční kalkulace specializačního vzdělávání I. - 1 školnec

#### MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLENCE

jméno školence	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
				0 Kč
<b>CELKEM</b>				<b>0 Kč</b>

### Finanční kalkulace specializačního vzdělávání II. - 1 školnec

#### 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
<b>CELKEM</b>				<b>0 Kč</b>

Finanční kalkulace na specializační vzdělávání III. - 1 školenec							
Název ukazatele							Hodnota ukazatele celkem
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLENCE</b>	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
Odvody celkem	0	0	0	0	0	0	0
<b>MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE</b>	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
Odvody celkem	0	0	0	0	0	0	0
<b>OSTATNÍ NÁKLADY NA ŠKOLENCE</b>	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
<b>NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM</b>	0	0	0	0	0	0	0

Finanční kalkulace na specializační vzdělávání III. - 1 školenec							
Název ukazatele							Hodnota ukazatele celkem
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLENCE</b>	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
Odvody celkem	0	0	0	0	0	0	0
<b>MZDOVÉ NÁKLADY NA ŠKOLITELE</b>	0	0	0	0	0	0	0
Hrubá mzda							0
<b>OSTATNÍ NÁKLADY NA ŠKOLENCE</b>	0	0	0	0	0	0	0
Materiálové náklady							0
Náklady na služby							0
<b>NEINVESTIČNÍ NÁKLADY CELKEM</b>	0	0	0	0	0	0	0



## 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 finanční kalkulačky 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"/> Název organizace**)		<input type="text" value="0"/> Právní forma**)	
<input type="text" value="0"/> Sídlo organizace - ulice**)	<input type="text" value="0"/> č.p. / č.o.	<input type="text" value="0"/> Obec**)	<input type="text" value="0"/> PSC**)
<input type="text" value="0"/> Kraj - sídlo žadatele **)	<input type="text" value="0"/> IČ**)	<input type="text" value="0"/> DIČ**)	
<input type="text" value="0"/> Kraj - sídlo poskytovatele **)	<input type="text" value="0"/> RČ***)		

## Statutární orgán

<input type="text" value="0"/> Příjmení, jméno, titul**)		<input type="text" value="0"/> Funkce**)	
<input type="text" value="0"/> Ulice**)	<input type="text" value="0"/> č.p. / č.o.	<input type="text" value="0"/> Obec**)	<input type="text" value="0"/> PSC**)
<input type="text" value="0"/> e-mail**)			<input type="text" value="0"/> 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

<input type="text" value="0"/>	<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**)	PSC**)
<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"/>	<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 zajistíme školení řádné absolvování všech součástí specializačního vzdělávání 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