

Pokyny k vyplnění

1. Průvodní list

V průvodním listu vyplňuje žadatel pouze **v oboru, počet míst, název organizace** a její **právní formu** (výběr z rozevíracího 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 rozevíracího 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

--	--

V OBORU

POČET MÍST

Název

Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků - základní kmen

Identifikační údaje o žadateli

--	--

Název organizace

Právní forma *)

--	--	--	--

Sídlo organizace - ulice

č.p. / č.o.

Obec

PSC

--	--

Kraj - sídlo žadatele*)

Kraj - sídlo poskytovatele *)

NEVYPLŇUJTE - Vyplňuje Institut postgraduálního vzdělávání

Podání žádosti

Datum přijetí žádosti :

Č.j. žádosti :

Splnění náležitostí

NÁZEV Žádost	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
1 x originál		
1 x CD		
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		
Přílohy		
Kopie pracovní smlouvy		
Kopie Rozhodnutí o udělení / prodloužení 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	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px;"></div>
Stanovisko ministerstva	přiděleno	ANO/NE *)
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	

*) vyber jednu z možností

Informace o žadateli

V OBORU**)

Počet požadovaných míst**)

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

Název organizace**)

Právní forma**)

Sídlo organizace - ulice**)

č.p. / č.o.**)

Obec**)

PSC**)

Kraj - sídlo žadatele**)

IČ

DIČ

Kraj - sídlo poskytovatele **)

RČ ***)

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

Jména rezidentů

Jméno rezidenta	Datum narození	Místo narození	Kontaktní adresa

Základní informace týkající se akreditace

Školící místo	Adresa pracoviště	V oboru	Jméno školitele

Poznámky

**) načte se automaticky z předchozího listu

Ministerstvo zdravotnictví

***) vyplňuje žadatel pouze jako fyzická osoba

Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2

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 rezidentovi

Identifikační údaje o žadateli

Jméno a příjmení, titul rezidenta

Datum
narození

Místo narození

Adresa - ulice

Č.p.

Obec

PSC

Státní občanství

Název oboru specializačního
vzdělávání a datum zařazení

Datum zahájení specializačního
vzdělávání u akreditovaného
poskytovatele zdravotních
služeb

Počet odstudovaných měsíců v základním kmeni

Název základního kmene

Počet zbývajících měsíců do ukončení délky základního kmene

Požadovaná výše dotace na základní kmen (10 000 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 kmeni

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"/>
Sídlo organizace - ulice**	č.p. / č.o.	Obec**
<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"/>		
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"/>
Ulice**	č.p. / č.o.	Obec**
<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

RM pro základní kmene specializačního vzdělávání lékařských oborů		
Základní kmene	Minimální délka specializačního vzdělávání v základním kmeni	Výše dotace za 1 měsíc (na 1 rezidenta)
Anesteziologický	30	10 000
Dermatovenerologický	30	10 000
Gynekologicko-porodnický	30	10 000
Hygienicko-epidemiologický	30	10 000
Chirurgický	30	10 000
Interní	30	10 000
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

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

Fianční 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

NÁZEV

Specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků - celý program

Identifikační údaje o žadateli

--	--

Název organizace

Právní forma*)

--	--	--	--

Sídlo organizace - ulice

č.p. / č.o.

Obec

PSČ

--	--

Kraj - sídlo žadatele *)

Kraj - sídlo poskytovatele *)

DÁLE NEVYPLŇUJTE - Vyplňuje Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Podání žádosti

Čas přijetí žádosti :

Datum otevření obálky :

č. j. žádosti:

Splnění formálních náležitostí

NÁZEV Žádost	SPLNĚNO	NESPLNĚNO
1 x originál		
1 x CD		
Rádně vyplněná žádost		
Informace o žadateli		
Informace o vlastnické struktuře		
Předběžný finanční plán		
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 počet školicích 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
PSC**)

0
Kraj - sídlo žadatele**)

IČ

DIČ

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 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

Předběžný Finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání - 1 rezident

Název ukazatele							Hodnota ukazatele celkem
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
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

Předběžný finanční plán rezidenta na specializační vzdělávání - 1 rezident

Název ukazatele							Hodnota ukazatele celkem
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
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

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
				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
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
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
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
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"/>		
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"/>	<input type="text" value="0"/>		
Kraj - sídlo poskytovatele **)	ŘČ***)		

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

***) 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 **)	RC ***)		

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	110	3	1 440 000	158 400 000
Anesteziologie a intenzivní medicína	40	4,5	1 890 000	75 600 000
Gynekologie a porodnictví	25	4,5	1 890 000	47 250 000
Chirurgie	40	5	2 100 000	84 000 000
Maxilofaciální chirurgie	10	5	2 100 000	21 000 000
Neurologie	20	4,5	1 890 000	37 800 000
Pediatric	80	4,5	1 890 000	151 200 000
Psychiatrie	10	4,5	1 890 000	18 900 000
Radiologie a zobrazovací metody	20	4,5	1 890 000	37 800 000
Vnitřní lékařství	50	5	2 100 000	105 000 000
Orální a maxilofaciální chirurgie	10	5	2 100 000	21 000 000
Finanční prostředky vynaložené celkem na dotační program č. 2 a č. 3 vyhlášený v roce 2018				757 950 000