**Príloha 1a) Výzvy 11I01-21-V28**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE PROSTRIEDKOV MECHANIZMU** | | |
| **Názov výzvy:** | | **„Finančná podpora pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti  na zriadenie nových všeobecných ambulancií v nedostatkových oblastiach“** |
| **Názov aktivity:** | | *Vzor:*  *priezvisko lekára/obchodne meno\_okres prevádzkovania novej všeobecnej ambulancie* |
| **Cieľ:** | | Zvýšenie potrebnej kapacity verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti v nedostatkových okresoch prostredníctvom finančnej kompenzácie nákladov na zriadenie a prevádzkovanie novej všeobecnej ambulancie. |
| **Požadovaná výška prostriedkov mechanizmu[[1]](#footnote-1):** | |  |
| **Miesto realizácie aktivity:** | |  |
| **Názov investície POO[[2]](#footnote-2):** | | Investícia 1\_Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach |
| **Názov komponentu POO:** | | 11\_Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť |
| I. IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA | | |
| **a) lekár** | | so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, ktorý má záujem stať sa poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a začať prevádzkovať novú všeobecnú ambulanciu, v ktorej bude poskytovať zdravotnú starostlivosť. |
| Meno, priezvisko, titul: | |  |
| Adresa trvalého bydliska: | |  |
| II. KONTAKTNÁ OSOBA PRE KOMUNIKÁCIU NA STRANE ŽIADATEĽA | | |
| **Meno a priezvisko:** | |  |
| **Adresa na doručovanie písomností:** | |  |
| **Email:** | |  |
| **Telefonický kontakt:** | |  |
| III. ZOZNAM SAMOSTATNÝCH PRÍLOH | | |
| **pre žiadateľa - LEKÁRA** podľa písm. a) v I. časti žiadosti | | |
| **P. č.** | **Názov prílohy žiadosti** | |
| 1. | Dekrét lekára o pridelení číselného kódu zdravotníckeho pracovníka pre špecializáciu v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo pre špecializáciu v špecializačnom odbore pediatria, ktorý mu vydal Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou | |
| 2. | Údaje, potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov lekára; v prípade cudzincov výpis z registra trestov z domovskej krajiny alebo doklad rovnocennej dôkaznej hodnoty z domovskej krajiny spolu s úradne overeným prekladom do angličtiny alebo čestné vyhlásenie, ak takýto výpis alebo doklad domovská krajina neposkytuje (podľa podmienky PPM č. 2 bodu 3 Výzvy); *formulár je prílohou č. 6 Výzvy* | |
| 3. | Test lokálneho vplyvu (podľa podmienky PPM č. 8 bodu 3 Výzvy); *test je prílohou č. 3 Výzvy* | |
| 4. | Súhrnné čestné vyhlásenie žiadateľa – lekára; *vzor je súčasťou žiadosti* | |

**Príloha 1a)**

**Súhrnné čestné vyhlásenie žiadateľa – lekára**

(príloha č. 4 žiadosti)

Žiadateľ .............................................................................................................................................. (meno, priezvisko, titul),

adresa trvalého bydliska: .........................................................................................................., (ďalej len „žiadateľ“), týmto na účely predloženia žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu pre aktivitu s názvom[[3]](#footnote-3)1........................................................

.........................................................................................................................v rámci výzvy 11I01-21-V28 (ďalej len „Výzva“)

**čestne vyhlasujem, že**

1. všetky prílohy predkladané vo forme fotokópie originálneho dokumentu sú zhodné s originálom, ktorý sa nachádza u žiadateľa (ak relevantné),
2. v rámci žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti (POO) je dodržaná zásada doplnkovosti financovania, t. j. predmetná podpora nepokrýva rovnaké náklady financované z iných programov a nástrojov Únie (čl. 9, Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2021/241 z 12. februára 2021, ktorým sa zriaďuje Mechanizmus na podporu obnovy a odolnosti),
3. voči žiadateľovi nie je vykonávaná exekúcia podľa zákona č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov, ktorej predmetom je nútený výkon povinnosti zaplatiť peňažnú sumu,
4. žiadateľ neporušil zákaz nelegálnej práce a nelegálneho zamestnávania štátneho príslušníka tretej krajiny za obdobie   
   5 rokov predchádzajúcich podaniu tejto ŽoPPM v zmysle zákona č. 82/2005 Z. z. o nelegálnej práci a nelegálnom zamestnávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
5. žiadateľ nie je evidovaný v Systéme včasného odhaľovania rizika a vylúčenia (EDES) ako vylúčená osoba alebo subjekt (v zmysle článku 135 a nasledujúcich Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ, Euratom) 2018/1046 z 18. júla 2018 o rozpočtových pravidlách, ktoré sa vzťahujú na všeobecný rozpočet Únie, o zmene nariadení (EÚ) č. 1296/2013, (EÚ) č. 1301/2013, (EÚ) č. 1303/2013, (EÚ) č. 1304/2013, (EÚ) č. 1309/2013, (EÚ) č. 1316/2013, (EÚ) č. 223/2014, (EÚ) č. 283/2014 a rozhodnutia č. 541/2014/EÚ a o zrušení nariadenia (EÚ, Euratom) č. 966/2012.)[[4]](#footnote-4)2,
6. je v rámci žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu POO dodržaný horizontálny princíp „podpora rovnosti mužov a žien a rovnosti príležitostí pre všetkých“,
7. v rámci žiadosti žiadateľ preukázal zámer splniť zákonné podmienky pre získanie povolenia na zriadenie všeobecnej ambulancie a splnenie podmienok prevádzkovania všeobecnej ambulancie,
8. v rámci žiadosti žiadateľ preukázal zámer byť odborným zástupcom a jediným spoločníkom/akcionárom a jediným štatutárnym orgánom spoločnosti/samostatne zárobkovou činnou osobou, ktorá získa povolenie na zriadenie novej všeobecnej ambulancie,
9. že počas 12 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu nevykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zákon o poskytovateľoch“) vo vyššom ako polovičnom úväzku v priemere u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých alebo poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast v okrese, pre ktorý žiada príspevok a ani v inom okrese s rovnakým alebo vyšším stupňom ohrozenia podľa §5d ods. 2 zákona o poskytovateľoch aký má okres, pre ktorý sa uchádza o príspevok na základe Zoznamu okresov s alokovaným príspevkom na obdobie august 2023 až júl 2024 (príloha č. 5 Výzvy),
10. spĺňam všetky podmienky poskytnutia prostriedkov mechanizmu uvedené v tejto výzve,
11. zaväzujem sa bezodkladne písomne informovať MZ SR o všetkých zmenách, ktoré sa týkajú uvedených údajov a skutočností,
12. v rámci žiadosti žiadateľ preukázal záujem začať prevádzkovať všeobecnú ambulanciu do 3 mesiacov od právoplatnosti povolenia a predložiť právoplatne povolenie na prevádzkovanie novej všeobecnej ambulancie najneskôr do 12 mesiacov po mesiaci, v ktorom nadobudla zmluva o PPM účinnosť,
13. všetky informácie obsiahnuté v tejto ŽoPPM, v jej prílohách a sprievodných dokumentoch sú pravdivé.
14. *ďalšie čestné vyhlásenie podľa textu zadefinovaného vo formulári ŽoPPM alebo vo výzve (ak relevantné).*

**Tabuľka k bodu 9 súhrnného čestného vyhlásenia:**

Zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, u ktorých žiadateľ počas 12 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok vykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o poskytovateľoch:**:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Názov poskytovateľa** | **Názov pracoviska** | **Výška úväzku** | **Dátum od** | **Dátum do** | **Druh činnosti\*** |
| *Príklad:*  *Zdravie, s.r.o.* | *všeobecná ambulancia pre dospelých* | *1,0* | *01/2020* | *10/2021* | *ambulantný lekár* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Pri každom poskytovateľovi uveďte jednu činnosť z nasledovných druhov:

- ambulantný lekár

- lekár na oddelení

- špecializačné alebo rezidentské štúdium

- dočasné zastupovanie

- iné (pri tejto možnosti uveďte druh konkrétnej činnosti)

**Žiadateľ si je vedomý právnych dôsledkov nepravdivého vyhlásenia o skutočnostiach uvedených v predchádzajúcich odsekoch, vrátane prípadných trestnoprávnych dôsledkov (§ 221 - Podvod, § 225 – Subvenčný podvod, § 261 – Poškodzovanie finančných záujmov Európskych spoločenstiev Trestného zákona).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Názov komponentu POO** | 11\_Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť |
| **Názov investície** | Investícia 1\_Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti |
| **Názov výzvy** | „Finančná podpora pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na zriadenie nových všeobecných ambulancií v nedostatkových oblastiach“ |
| **Meno a priezvisko, titul:** |  |
| **Podpis** |  |
| **Dátum a miesto:** |  |

1. Žiadateľ uvedie výšku príspevku v EUR podľa okresu zo Zoznamu okresov s alokovaným príspevkom na obdobie august 2023 až júl 2024 (Príloha č. 5 Výzvy), v ktorom plánuje začať prevádzkovať novú všeobecnú ambulanciu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Plán obnovy a odolnosti SR [↑](#footnote-ref-2)
3. 1 Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti [↑](#footnote-ref-3)
4. 2 Overenie evidencie v Systéme včasného odhaľovania rizika a vylúčenia (EDES) je možné na tomto odkaze: <https://ec.europa.eu/info/strategy/eu-budget/how-it-works/annual-lifecycle/implementation/anti-fraud-measures/edes/database_en> [↑](#footnote-ref-4)