**Príloha 1c) 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 | | | | | | | |
| **c) právnická osoba,** | | ktorá má záujem stať sa poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti, začať prevádzkovať novú všeobecnú ambulanciu, v ktorej bude poskytovať zdravotnú starostlivosť. | | | | | |
| Obchodné meno: | |  | | | | | |
| Sídlo: | |  | | | | | |
| Meno a priezvisko všetkých členov štatutárneho orgánu: | |  | | | | | |
| IČO: | |  | | IČ DPH: |  | DIČ: |  |
| II. KONTAKTNÁ OSOBA PRE KOMUNIKÁCIU NA STRANE ŽIADATEĽA | | | | | | | |
| **Meno a priezvisko:** | | |  | | | | |
| **Adresa na doručovanie písomností:** | | |  | | | | |
| **Email:** | | |  | | | | |
| **Telefonický kontakt:** | | |  | | | | |
| III. ZOZNAM SAMOSTATNÝCH PRÍLOH | | | | | | | |
| **pre žiadateľa – PRÁVNICKÚ OSOBU** podľa písm. c) v I. časti žiadosti | | | | | | | |
| **P. č.** | **Názov prílohy žiadosti** | | | | | | |
| 1. | Dekrét 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 za lekára, ktorý bude u tohto budúceho poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie | | | | | | |
| 2. | Údaje, potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov za osobu/osoby vystupujúce ako štatutárny orgán alebo člen štatutárneho orgánu alebo za inú osobu konajúcu v mene právnickej osoby; 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); *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 – právnickej osoby; *vzor je súčasťou žiadosti* | | | | | | |
| 5. | Súhrnné čestné vyhlásenie lekára, ktorý bude u budúceho poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie (podľa podmienky 2 podmienky PPM č.1 bodu 3 Výzvy); *vzor je súčasťou žiadosti* | | | | | | |
| 6. | Menovací dekrét alebo iný doklad o menovaní osoby, ktorá vystupuje ako štatutárny orgán poskytovateľa (podľa bodu 2 podmienky PPM č.1 bodu 3 Výzvy) | | | | | | |

**Príloha 1c)**

**Súhrnné čestné vyhlásenie žiadateľa – právnickej osoby**

(príloha č. 4 žiadosti)

Žiadateľ .............................................................................................................................................. (*názov / obchodné meno*),

sídlo: ................................................................................................................, IČO ............................................................., v mene organizácie ........................................... *(titul, meno, priezvisko, označenie štatutárneho orgánu)* (ďalej len „žiadateľ“), týmto na účely predloženia žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu pre aktivity 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),
3. voči žiadateľovi nie je vykonávaná exekúcia podľa exekučného poriadku, 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,
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 č. 2018/1046)[[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 o poskytnutie prostriedkov mechanizmu žiadateľ preukázal zámer splniť zákonné podmienky pre získanie povolenia na zriadenie všeobecnej ambulancie
8. zaväzujem sa bezodkladne písomne informovať o všetkých zmenách, ktoré sa týkajú uvedených údajov a skutočností,
9. spĺňam všetky podmienky poskytnutia príspevku uvedené v tejto výzve,
10. všetky informácie obsiahnuté v tejto žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu, v jej prílohách a sprievodných dokumentoch sú pravdivé.
11. deklarujem zámer stať sa poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a začať prevádzkovať zdravotnícke zariadenie na poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých alebo deti a dorast v niektorom z okresov uvedených v Zozname okresov s alokovaným príspevkom na obdobie august 2023 až júl 2024,
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.

**Žiadateľ si je vedomý právnych dôsledkov nepravdivého vyhlásenia o skutočnostiach uvedených v predchádzajúcich odsekoch, vrátane prípadných trestnoprávnych dôsledkov podľa zákona č. 300/2005 Z.z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov (§ 221 - Podvod, § 225 – Subvenčný podvod, § 261 – Poškodzovanie finančných záujmov Európskej únie).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Názov komponentu POO** | 11\_Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť |
| **Názov investície** | Investícia 1\_Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach |
| **Názov výzvy** | „Finančná podpora pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na zriadenie nových všeobecných ambulancií v nedostatkových oblastiach“ |
| **Meno a priezvisko, titul:** |  |
| **Funkcia:** |  |
| **Podpis a pečiatka[[5]](#footnote-5)3:** |  |
| **Dátum a miesto:** |  |

**Príloha 1c**

**Súhrnné čestné vyhlásenie lekára,**

**ktorý bude u budúceho poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie**

(príloha č. 5 žiadosti)

................................................................................................................................................ *(meno, priezvisko, titul lekára),* adresa trvalého bydliska: ................................................................................................................, (ďalej len „lekár“), týmto na účely predloženia žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu pre aktivitu s názvom[[6]](#footnote-6)1........................................................................................................................................................................................v rámci výzvy 11I01-21-V28 (ďalej len „Výzva“) predloženú poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti: ........................................................................................................................................................... (*názov / obchodné meno*), sídlo:............................................................................................................................................................................................., IČO: ............................................................., ako žiadateľom

**čestne vyhlasujem, že**

1. som počas 12 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu žiadateľom 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 žiadateľ o 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 žiadateľ uchádza o príspevok na základe Zoznamu okresov s alokovaným príspevkom na obdobie august 2023 až júl 2024, s uvedením všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, u ktorých som v bezprostredne prechádzajúcich 12 mesiacoch vykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o poskytovateľoch.

**Tabuľka k bodu 1 súhrnného čestného vyhlásenia lekára:**

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)

Toto čestné vyhlásenie je neoddeliteľnou prílohou žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu.

-----------------------------------------------------------

podpis lekára

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)
5. 3 V prípade, ak žiadateľ nedisponuje pečiatkou, uvedie iba podpis štatutárneho orgánu žiadateľa / osoby konajúcej v mene žiadateľa. [↑](#footnote-ref-5)
6. 1 Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti [↑](#footnote-ref-6)