**Príloha 1d) 11I01-21-V37**

|  |
| --- |
| **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 |
| **d) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti za spätné obdobie,** | ktorý začal prevádzkovať všeobecnú ambulanciu v období od 1.1.2022 do 31.7.2024 v niektorom z okresov alebo obcí uvedených v Zozname okresov a obcí s alokovaným príspevkom na obdobie august 2022 až júl 2024 (Príloha č. 4 Výzvy). |
| Obchodné meno:  |  |
| Sídlo: |  |
| Právna forma: |  |
| Meno a priezvisko všetkých členov štatutárneho orgánu: |  |
| Adresa miesta prevádzkovania súčasnej všeobecnej ambulancie |  |
| Identifikátor zdravotníckeho zariadenia (súčasnej všeobecnej ambulancie)[[3]](#footnote-3) |  |
| 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 – POSKYTOVATEĽ VŠEOBECNEJ AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI** podľa písm. d) v I. časti žiadosti |
| **P.č.**  | **Názov prílohy žiadosti** |
| 1. | Fotokópia právoplatného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia – všeobecnej ambulancie, právoplatného v čase podania žiadosti, kde miesto prevádzkovania sa nachádza v Zozname okresov a obcí s alokovaným príspevkom a obdobie august 2022 až júl 2024 (podľa bodu 4 podmienky PPM č. 1 bodu 3 Výzvy) |
| 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; *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 – poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za spätné obdobie; *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 4 podmienky PPM č.1 bodu 3 Výzvy) |

**Príloha 1d)**

**Súhrnné čestné vyhlásenie žiadateľa – poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za spätné obdobie**

(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[[4]](#footnote-4)1.........................................

............................................................................................................................v rámci výzvy 11I01-21-V37 (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)[[5]](#footnote-5)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. zaväzujem sa bezodkladne písomne informovať o všetkých zmenách, ktoré sa týkajú uvedených údajov a skutočností,
8. spĺňam všetky podmienky poskytnutia príspevku uvedené v tejto výzve,
9. všetky informácie obsiahnuté v tejto žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu, v jej prílohách a sprievodných dokumentoch sú pravdivé.
10. *ďalšie čestné vyhlásenie podľa textu zadefinovaného vo formulári žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu alebo vo výzve (ak relevantné).*

**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[[6]](#footnote-6)3:** |  |
| **Dátum a miesto:** |  |

**Príloha 1d)**

**Súhrnné čestné vyhlásenie lekára,**

**ktorý u poskytovateľa vykonáva 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[[7]](#footnote-7)1........................................................................................................................................................................................v rámci výzvy 11I01-21-V37 (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 právoplatnosti povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia vydaného príslušným samosprávnym krajom 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 sa žiadateľ uchádza 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 a obcí s alokovaným príspevkom na obdobie august 2022 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 lekár, ktorý bude u poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie, počas 12 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu   právoplatnosti povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia vydaného príslušným samosprávnym krajom vykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o  poskytovateľoch

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Názov poskytovateľa a adresa** | **Názov pracoviska** | **Výška úväzku** | **Dátum od** | **Dátum do** | **Druh činnosti\*** |
| *Príklad:**Zdravie, s.r.o., Bratislava* | *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 a obcí s alokovaným príspevkom na obdobie august 2022 až júl 2024 (Príloha č. 4 Výzvy), v ktorom začal prevádzkovať novú všeobecnú ambulanciu v období od 1.1.2022 do 31.7.2024. [↑](#footnote-ref-1)
2. Plán obnovy a odolnosti SR [↑](#footnote-ref-2)
3. identifikačné číslo zdravotníckeho zariadenia vydané samosprávnym krajom na povolení v tvare XX-YYYYYYYY-Z9999, kde XX je kód orgánu príslušného na vydanie povolenia, YYYYYYYY je identifikačné číslo organizácie poskytovateľa a Z9999 je poradový alfanumerický reťazec zdravotníckeho zariadenia [↑](#footnote-ref-3)
4. 1 Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti [↑](#footnote-ref-4)
5. 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-5)
6. 3 V prípade, ak žiadateľ nedisponuje pečiatkou, uvedie iba podpis štatutárneho orgánu žiadateľa / osoby konajúcej v mene žiadateľa. [↑](#footnote-ref-6)
7. 1 Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti [↑](#footnote-ref-7)