**Záměr použití dotace (vzor)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dotační program:** | **Program na podporu vzniku a rozšíření ordinací zubních lékařů** |
| Žadatel o dotaci: |  |

vyplňte dle vybraného účelu dle čl. I. písm. a) či b) či c) či d) programu (vyplňte část A nebo B nebo C nebo D formuláře)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Účel dotace – vznik a vybudování nové ordinace zubního lékaře** | |
| **zvolený záměr dle čl. IX. odst. 3 programu** (detailní slovní popis zvoleného záměru) |  |
| **adresa ordinace** |  |
| **ordinační doba** |  |
| **doplňující údaje** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Účel dotace – obnova ordinace zubního lékaře jejím převzetím novým zubním lékařem** | |
| **zvolený záměr dle čl. IX. odst. 3 programu** (detailní slovní popis zvoleného záměru) |  |
| **specifikace původního poskytovatele zdravotních služeb** (jméno či název, sídlo, IČO) |  |
| **adresa ordinace** |  |
| **ordinační doba** |  |
| **údaje o počtu registrovaných pojištěnců (doložené potvrzením od zdravotních pojišťoven) pro místo poskytování zdravotních služeb, kterého se týká dotace** |  |
| **způsob vstupu nového zubního lékaře do ordinace (např. vstup do stávající s.r.o., odkup atd.)** |  |
| **doplňující údaje** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Účel dotace – posílení stávající ordinace zubního lékaře novým zubním lékařem (rozšíření kapacity ordinace zubního lékaře zaměstnáním nového zubního lékaře)** | |
| **zvolený záměr dle čl. IX. odst. 3 programu** (detailní slovní popis zvoleného záměru) |  |
| **adresa ordinace** |  |
| **ordinační doba** |  |
| **údaje o počtu registrovaných pojištěnců (doložené potvrzením od zdravotních pojišťoven) pro místo poskytování zdravotních služeb, kterého se týká dotace** |  |
| **doplňující údaje** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Účel dotace –** **vznik nového pracoviště (rozšíření místa poskytování zdravotních služeb o nové pracoviště zaměstnancem nebo navýšením úvazku stávajícího lékaře)** | |
| **zvolený záměr dle čl. IX. odst. 3 programu** (detailní slovní popis zvoleného záměru) |  |
| **adresa ordinace** |  |
| **adresa nové pracoviště** |  |
| **ordinační doba** |  |
| **údaje o počtu registrovaných pojištěnců (doložené potvrzením od zdravotních pojišťoven) pro místo poskytování zdravotních služeb, kterého se týká dotace** |  |
| **doplňující údaje** |  |