Příloha č. 1 k Podmínkám pro poskytování motivačních příspěvků Karlovarského kraje určených na podporu získávání praxe zubních lékařů po absolvování lékařské fakulty

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ MOTIVAČNÍHO PŘÍSPĚVKU Z ROZPOČTU KARLOVARSKÉHO KRAJE - ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ**

**na podporu získávání praxe zubních lékařů po absolvování lékařské fakulty**

Pro rok/ roky: od............do…………

(jedná se o roky, ve kterých bude probíhat praxe – maximálně doba 2 let)

***Údaje o žadateli (ordinaci zubního lékaře - školiteli):***

|  |  |
| --- | --- |
| **Název žadatele** (dle OR u právnických osob, atd.) |  |
| **Sídlo / adresa****(**dle OR u právnických osob, atd.) |  |
| **Právní forma žadatele** |  |
| **IČO**  |  |
| **Plátce DPH** (nehodící se škrtněte) | ***ANO / NE*** |
| **DIČ** |  |
| **Telefon / mobilní telefon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Statutární orgán/zástupce**(osoba zastupující žadatele - jméno, příjmení, titul, funkce- právní důvod zastoupení) |  |
| **Osoba odpovědná za** **žádost o příspěvek**(případně doplnit pracovní pozici, včetně adresy a telefonu) |  |
| **Bankovní spojení**(číslo účtu, název banky) |  |
| **Požadovaná částka z rozpočtu Karlovarského kraje****pro žadatele** | **10 000 Kč měsíčně**,*v souladu s podmínkami Karlovarského kraje na podporu získávání praxe zubních lékařů po absolvování lékařské fakulty* |
| **Podpis (razítko) žadatele - statutárního zástupce, popř. osoby oprávněné zastupovat subjekt-**  | ***Jméno a příjmení:*** |
| ***Podpis a razítko:*** |

***Údaje o zubním lékaři – absolventu***

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení, trvalé bydliště** |  |
| **Státní příslušnost** |  |
| **Telefon/ mobilní telefon:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Bankovní spojení**(číslo účtu, název banky) |  |
| **Požadovaná částka z rozpočtu Karlovarského kraje****pro zubního lékaře - absolventa** | **10 000 Kč měsíčně**,*v souladu s podmínkami Karlovarského kraje na podporu získávání praxe zubních lékařů po absolvování lékařské fakulty* |
| **Datum zahájení praxe v ordinaci zubního lékaře - školitele** |  |
| **Datum předpokládaného ukončení praxe** |  |
| **Podpis zubního lékaře - absolventa** | ***Jméno a příjmení:*** |
| ***Podpis:*** |

***Seznam povinných příloh žádosti – doloží žadatel = ordinace zubního lékaře - školitel:***

|  |
| --- |
| 1. pracovní smlouva mezi školitelem a absolventem, uzavřená na minimálně takovou dobu, po kterou bude čerpán příspěvek od Karlovarského kraje s úvazkem absolventa na minimálně polovinu stanovené týdenní pracovní doby (20 hodin týdně)
 |
| 1. vysokoškolský diplom zubního lékaře – absolventa
 |
| 1. čestné prohlášení o vyrovnání veškerých splatných dluhů a závazků žadatele k rozpočtu Karlovarského kraje, pokud byly žadateli poskytnuty finanční prostředky v předešlých letech
 |
| 1. čestné prohlášení o tom, že žadatel nebo jeho statutární orgán, případně člen statutárního orgánu, není pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin, není v likvidaci nebo není na jeho majetek vyhlášeno insolvenční řízení
 |
| 1. Udělení souhlasu poskytovateli motivačního příspěvku k práci s osobními daty zubního lékaře – absolventa i ordinace zubního lékaře – školitele
 |

***Datum .......................... ------------------------------------***

 ***Podpis žadatele***