**P Ř I H L Á Š K A**

**do výběrového řízení**

**včetně přílohy č. 1, která bude poskytnuta jako podklad členům komise výběrového řízení**

(uchazeč = fyzická nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby
a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče)

v souladu s § 50 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**Přihlašuji se do výběrového řízení, které bylo vyhlášeno Krajským úřadem Jihočeského kraje, Odborem zdravotnictví pod č. j: KUJCK /202\_**

**pro:**

rozsah hrazených služeb (obor příp. druh zdravotní péče, forma zdravotní péče, event. výše úvazku):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

konkrétně vymezené území, pro které mají být hrazené služby poskytovány

(např.: obec + název nebo město + název nebo ORP + název nebo okres + název nebo Jihočeský kraj)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

zdravotní pojišťovny (názvem nebo kódem ZP):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Přihlášku do výběrového řízení podává uchazeč z důvodu\*:**

[ ]  uzavření nové smlouvy se zdravotními pojišťovnami

*(uchazeč nemá vydané platné oprávnění k poskytování zdravotních služeb na území Jihočeského kraje, jedná se o nového poskytovatele na území Jihočeského kraje)*

*adresa místa poskytování zdravotních služeb*………………………………………………………………………………….

[ ]  rozšíření o nový obor k již poskytovaným hrazeným službám

[ ]  jiné……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**K přihlášce do výběrového řízení přiložte prostou kopii dokladu o vzdělání,**

***netýká se, pokud je přihlašovaný současně navrhovatelem výběrového řízení*.**

**Uchazeč:**

[ ]  **fyzická osoba** [ ]  **právnická osoba**

**IČO:** ……………………………………………………… **IČO:** ………………………………………………………….

………………………………………………………………. ……………………………………………………………………….

jméno, příjmení, titul název obchodní firmy nebo název poskytovatele

 ………………………………………………………………………. datum narození adresa sídla v ČR, popř. místa usazení podniku

 nebo organizační složky podniku v ČR

 (jde-li o uchazeče, který nemá adresu sídla na

 území ČR)

adresa trvalého pobytu v ČR,

popř. adresa místa hlášeného pobytu na území

ČR (jde-li o cizince)

**jméno a příjmení konkrétní osoby**, která bude poskytovat zdravotní služby, které jsou předmětem výběrového řízení a uvedení **konkrétního okresního sdružení příslušné komory** (pro obory lékařských zdravotnických povolání) nebo **název profesní organizace** (pro obory nelékařských zdravotnických povolání), které je tato osoba členem:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

..........................................................................................................................................................

**kontaktní údaje na uchazeče\*\***:

adresa\*\*\*:

tel. kontakt: e-mail:

***SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM\****

***s poskytnutím informací souvisejících s výběrovým řízením pro členy komise, popř. pro subjekty, které členy komise navrhují.***

**Pouze pro uchazeče, kterým je fyzická osoba nemající IČO**:

***SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM\****

***s uvedením mého jména a příjmení ve zveřejnění výsledku výběrového řízení.***

V ............................................... dne .....................................

 ………….…………………………….

 podpis uchazeče

**Prohlášení uchazeče, který se přihlašuje do výběrového řízení**

[ ]  **fyzická osoba** [ ]  **právnická osoba**

 jméno, příjmení, titul název obchodní firmy nebo název poskytovatele,

datum narození (IČO bylo-li přiděleno) adresa sídla v ČR, popř. místa usazení podniku

 nebo organizační složky podniku v ČR (jde-li

 o uchazeče, který nemá adresu sídla na území

 ČR)

adresa trvalého pobytu v ČR,

popř. adresa místa hlášeného pobytu

na území ČR (jde-li o cizince)

**prohlašuji, že v souladu s § 46 odst. 4 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, jsem schopen (a) ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče.**

**Údaje, které jsem uvedl (a) v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné.**

**Prohlašuji, že jsem si vědom (a) právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle § 2 zák. č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).**

V ............................................... dne ..................................

 …………….………………………….

 podpis uchazeče

**Pozn.:**

**Čím bude nabídka konkrétnější, tím lze objektivněji posoudit splnění předpokladů pro poskytování hrazených služeb ve lhůtě uvedené ve vyhlášení výběrového řízení, resp. podmínek daných zákonem o zdravotních službách, které je žadatel povinen splnit pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru, na který je předmětné výběrové řízení vyhlášeno (např. prokázání způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru, podklady související se zajištěním místa provozování atd.). Je možné předmětné předložit již při podání přihlášky.**

**Prohlášení uchazeče v případě, že jedná za právnickou osobu, která není dosud zapsaná v obchodním rejstříku**

**Prohlašuji, že v souladu s § 127 z. č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, jednám jménem založené společnosti před jejím vznikem, tj. v okamžiku, kdy společnost ještě není zapsána v obchodním rejstříku, a to s tím, že příslušný orgán společnosti do 3 měsíců od vzniku (zápisu) společnosti do obchodního rejstříku tento můj úkon (přihlášku do výběrového řízení a účast na jednání komise výběrového řízení) neprodleně schválí. Tuto skutečnost (schválení předmětného úkonu) oznámím Krajskému úřadu ve lhůtě 10 dnů od jeho schválení v orgánech společnosti.**

V ............................................... dne ...............................................

 ………….…………………………….

 podpis uchazeče

*\* Nehodící se škrtněte.*

*\*\* Jedná se o nepovinné údaje, jejichž účelem je bezproblémová komunikace s uchazečem.*

*\*\*\* Uveďte adresu pro doručení pozvánky na jednání komise výběrového řízení. Vyplní osoby, které nemají datovou schránku.*

**Příloha č. 1 k přihlášce do výběrového řízení**

**Informace pro členy výběrové komise**

**o záměr****u uchazeče na zajišťování hrazených služeb**

**Informace o uchazeči**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název uchazeče:****(jméno a příjmení, u právnických osob název dle obchodního rejstříku nebo jiné evidence)** |  |
| **IČO:** |  |
| **IČZ (pokud bylo od VZP ČR přiděleno):** |  |
| **Sídlo:****(trvalý pobyt, u právnických osob sídlo dle obchodního rejstříku nebo jiné evidence)** |  |

**Stávající praxe a záměr**

|  |  |
| --- | --- |
| **Obor a konkrétní odbornosti, v rámci nichž hodlá uchazeč hrazené služby poskytovat:** |  |
| **Plánovaný rozsah hrazených služeb, které jsou předmětem výběrového řízení:****(např. hodinová hodnota úvazku)** |  |
| **Uchazeč má zájem o:****(nehodící škrtněte)** | * Uzavření nové smlouvy
* Převzetí praxe po……………………………………. (s výjimkousituací dle § 17 odst. 8 zákona č.48/1997 Sb.)
* Nový obor k již poskytovaným hrazeným službám
 |
| **Vzdělání nositelů výkonů:** |  |
| **Dosavadní praxe nositelů výkonů:** |  |
| **Souběžné praxe nositelů výkonů:****(odbornosti, název poskytovatele, adresa, hodinový rozsah úvazku)** |  |
| **Adresa/y místa poskytování zdravotních služeb:**  |  |
| **Adresa/y místa poskytování zamýšlených hrazených služeb:** |  |
| **Datum zahájení poskytování zdravotních služeb:** |  |
| **Datum zamýšleného zahájení poskytování hrazených služeb:** |  |
| **Nejbližší poskytovatel se stejnou odborností:****(pouze v případě, že tento údaj je uchazeči znám)** |  |
| **Stručný** **popis důvodů a záměru zajišťování hrazených služeb uchazečem:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktní údaje pro případné doplňující dotazy členů komise:** | Telefon:  |
| E-mail:  |
| **Datum:** | **Podpis:** |