**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 = poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní služby v příslušném oboru zdravotní péče)

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

v souladu s § 50 zákona 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\*:**

[ ]  rozšíření stávajícího úvazku

[ ]  rozšíření o nové místo poskytování zdravotních služeb

 *adresa místa poskytování*………………………………………………………………………………………………………….

[ ]  změna místa poskytování zdravotních služeb

 *adresa místa poskytování* ………………………………………………………………………………………………………

[ ]  doplnění spektra smluv

 *uchazeč má uzavřené smlouvy s* (názvem nebo kódem ZP) ………………………………………………………….

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

**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.***

V ..........................................…………. dne .........................................

 ………………………………….

 podpis uchazeče

**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 záměru 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 výjimkou situací 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: |