

ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE PROSTRIEDKOV MECHANIZMU	
Názov výzvy:	„Finančná podpora pre nových a existujúcich poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na zriadenie všeobecných ambulancií v nedostatkových oblastiach“
Názov aktivity:	<i>ambulancia_priezvisko lekára/obchodne meno_obec</i>
Cieľ:	Zvýšenie potrebnej kapacity verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti v nedostatkových okresoch prostredníctvom finančnej kompenzácie nákladov na zriadenie a prevádzkovanie všeobecnej ambulancie počas jej prvého roka pre nových a existujúcich poskytovateľov.
Požadovaná výška prostriedkov mechanizmu <sup>1</sup> :	
Miesto realizácie aktivity <sup>2</sup> :	
Názov investície POO <sup>3</sup> :	Investícia 1_Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach
Názov komponentu POO:	11_Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť
I. IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA <sup>4</sup>	
<b>a) lekár</b>	<b>lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria</b>
Meno, priezvisko, titul:	
Adresa trvalého bydliska:	
<b>b) poskytovateľ</b>	<b>poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti</b>
Obchodné meno:	
Sídlo:	
Právna forma:	

<sup>1</sup> Žiadateľ uvedie výšku príspevku v EUR podľa okresu alebo obce zo zoznamu okresov a obcí s alokovaným príspevkom (Príloha č. 4 Výzvy), v ktorom plánuje zriadiť a prevádzkovať všeobecnú ambulanciu.

<sup>2</sup> Žiadateľ uvedie názov jedného okresu, resp. názov jednej obce, kde po získaní príspevku z prostriedkov mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti začne prevádzkovať všeobecnú ambulanciu zo Zoznamu okresov a obcí s alokovaným príspevkom (príloha č. 4 Výzvy)

<sup>3</sup> Plán obnovy a odolnosti SR

<sup>4</sup> Vyberte a vyplňte jednu z možností a) alebo b)

Meno a priezvisko všetkých členov štatutárneho orgánu:				
Adresa miesta prevádzkovania súčasnej všeobecnej ambulancie				
IČO:		IČ DPH:		DIČ:
<b>II. KONTAKTNÁ OSOBA PRE KOMUNIKÁCIU NA STRANE ŽIADATEĽA</b>				
Meno a priezvisko:				
Adresa na doručovanie písomností:				
Email:				
Telefonický kontakt:				
<b>III. ZOZNAM SAMOSTATNÝCH PRÍLOH</b>				
<b>pre žiadateľa - LEKÁRA podľa písm. a) v I. časti žiadosti</b>				
<b>P. č.</b>	<b>Názov prílohy</b>			
1.	Doklad lekára o získaní špecializácie v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo doklad o získaní špecializácie v špecializačnom odbore pediatria			
2.	Dekrét lekára o pridelení číselného kódu zdravotníckeho pracovníka pre špecializáciu v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo pre špecializáciu v špecializačnom odbore pediatria, ktorý mu vydal Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou			
3.	Výpis z registra trestov lekára (podľa podmienky PPM č. 2 bodu 3 Výzvy)			
4.	Test lokálneho vplyvu (podľa podmienky PPM č. 8 bodu 3 Výzvy)			
5a.	Súhrnné čestné vyhlásenie žiadateľa – lekár; <i>(vzor je súčasťou žiadosti)</i>			
<b>pre žiadateľa - POSKYTOVATEĽA podľa písm. b) v I. časti žiadosti</b>				
<b>P. č.</b>	<b>Názov prílohy</b>			
1.	Doklad o získaní špecializácie v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo doklad o získaní špecializácie v špecializačnom odbore pediatria za lekára, ktorý bude u tohto poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie			
2.	Dekrét o pridelení číselného kódu zdravotníckeho pracovníka pre špecializáciu v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo pre špecializáciu v špecializačnom odbore pediatria, ktorý mu vydal Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za lekára, ktorý bude u tohto poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie			
3.	Výpis z registra trestov všetkých členov štatutárneho orgánu, alebo inej osoby/osôb konajúcich mene žiadateľa (podľa podmienky PPM č. 2)			
4.	Test lokálneho vplyvu (podľa podmienky PPM č. 8 bodu 3 Výzvy)			
5b.	Súhrnné čestné vyhlásenie žiadateľa – poskytovateľ; <i>(vzor je súčasťou žiadosti)</i>			
6.	Súhrnné čestné vyhlásenie lekára, ktorý bude u poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie (podľa podmienky 2 podmienky PPM č.1 bodu 3 Výzvy); <i>(vzor je súčasťou žiadosti)</i>			

7.	Menovací dekrét alebo iný doklad o menovaní osoby, ktorá vystupuje ako štatutárny orgán poskytovateľa (podľa bodu 2 podmienky PPM č.1 bodu 3 Výzvy)
8.	Fotokópia právoplatného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia – všeobecnej ambulancie v čase podania žiadosti (podľa bodu 2 podmienky PPM č. 1 bodu 3 Výzvy)

## Súhrnné čestné vyhlásenie žiadateľa - lekára

Žiadateľ ..... (meno, priezvisko, titul),  
adresa trvalého bydliska: ....., (ďalej len „žiadateľ“), týmto na účely predloženia žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu pre aktivitu s názvom<sup>1</sup>.....  
.....v rámci výzvy 11I01-21-V08 (ďalej len „Výzva“)

### čestne vyhlasujem, že

1. všetky prílohy predpokladané 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 z 12. februára 2021, ktorým sa zriaďuje Mechanizmus na podporu obnovy a odolnosti),
3. voči žiadateľovi nie je vykonávaná exekúcia podľa zákona č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov, 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 v zmysle zákona č. 82/2005 Z. z. o nelegálnej práci a nelegálnom zamestnávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
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 Európskeho parlamentu a Rady (EÚ, Euratom) 2018/1046 z 18. júla 2018 o rozpočtových pravidlách, ktoré sa vzťahujú na všeobecný rozpočet Únie, o zmene nariadení (EÚ) č. 1296/2013, (EÚ) č. 1301/2013, (EÚ) č. 1303/2013, (EÚ) č. 1304/2013, (EÚ) č. 1309/2013, (EÚ) č. 1316/2013, (EÚ) č. 223/2014, (EÚ) č. 283/2014 a rozhodnutia č. 541/2014/EÚ a o zrušení nariadenia (EÚ, Euratom) č. 966/2012.)<sup>2</sup>,
6. je v rámci žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu POO dodržaný horizontálny princíp „podpora rovnosti mužov a žien a rovnosti príležitostí pre všetkých“,
7. v rámci žiadosti žiadateľ preukázal zámer splniť zákonné podmienky pre získanie povolenia na zriadenie všeobecnej ambulancie a splnenie podmienok prevádzkovania všeobecnej ambulancie,
8. v rámci žiadosti žiadateľ preukázal zámer byť odborným zástupcom a jediným spoločníkom/akcionárom a jediným štatutárnym orgánom spoločnosti, ktorá získa povolenie na zriadenie všeobecnej ambulancie,
9. že počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu nevykonával v okrese, pre ktorý žiada príspevok, zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) zákona č. 578/2004 Z. z. 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“) u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo vyššom ako polovičnom úväzku,
10. že počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok nevykonával zdravotnícke povolanie vo vyššom ako polovičnom úväzku v priemere podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o poskytovateľoch u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti v okrese, ktorý je podľa klasifikácie okresov zverejnenej podľa § 5d ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch klasifikovaný rovnakým alebo vyšším stupňom nedostatku ako okres, pre ktorý sa uchádza o príspevok, s uvedením všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, u ktorých počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok vykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o poskytovateľoch,

<sup>1</sup> Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti

<sup>2</sup> 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](https://ec.europa.eu/info/strategy/eu-budget/how-it-works/annual-lifecycle/implementation/anti-fraud-measures/edes/database_en)

11. že počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok nebol odborným zástupcom u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému zdravotná poisťovňa počas toho obdobia vypovedala zmluvu pre porušenie zmluvy alebo ktorému samosprávny kraj zrušil povolenie na prevádzkovanie všeobecnej ambulancie z dôvodov podľa § 19 ods. 1 písm. c) a d) Zákona o poskytovateľoch,
12. v rámci žiadosti žiadateľ preukázal záujem začať prevádzkovať všeobecnú ambulanciu do dvoch mesiacov od právoplatnosti povolenia,
13. zaväzujem sa bezodkladne písomne informovať MZ SR o všetkých zmenách, ktoré sa týkajú uvedených údajov a skutočností,
14. spĺňam všetky podmienky poskytnutia prostriedkov mechanizmu uvedené v tejto výzve,
15. všetky informácie obsiahnuté v tejto ŽoPPM, v jej prílohách a sprievodných dokumentoch sú pravdivé.
16. *ďalšie čestné vyhlásenie podľa textu zadefinovaného vo formulári ŽoPPM alebo vo výzve (ak relevantné).*

**Tabuľka k bodu 9 a 10 súhrnného čestného vyhlásenia:**

Zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, u ktorých žiadateľ počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok vykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o poskytovateľoch::

Názov poskytovateľa	Názov pracoviska	Výška úväzku	Dátum od	Dátum do	Druh činnosti*
<i>Príklad:</i> Zdravie, s.r.o.	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)

**Žiadateľ si je vedomý právnych dôsledkov nepravdivého vyhlásenia o skutočnostiach uvedených v predchádzajúcich odsekoch, vrátane prípadných trestnoprávnych dôsledkov (§ 221 - Podvod, § 225 – Subvenčný podvod, § 261 – Poškodzovanie finančných záujmov Európskych spoločností Trestného zákona).**

Názov komponentu POO	11_Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť
Názov investície	Investícia 1_Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti
Názov výzvy	„Finančná podpora pre nových a existujúcich poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na zriadenie všeobecných ambulancií v nedostatkových oblastiach“
Meno a priezvisko, titul:	
Podpis	
Dátum a miesto:	

## **Súhrnné čestné vyhlásenie žiadateľa - poskytovateľa**

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<sup>1</sup>.....  
.....v rámci výzvy 11I01-21-V08 (ďalej len „Výzva“)

### **čestne vyhlasujem, že**

1. všetky prílohy predpokladané 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)<sup>2</sup>,
6. je v rámci žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu POO dodržaný horizontálny princíp „podpora rovnosti mužov a žien a rovnosti príležitostí pre všetkých“,
7. v rámci žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu žiadateľ preukázal zámer splniť zákonné podmienky pre získanie povolenia na zriadenie všeobecnej ambulancie
8. zaväzujem sa bezodkladne písomne informovať o všetkých zmenách, ktoré sa týkajú uvedených údajov a skutočností,
9. splňam všetky podmienky poskytnutia príspevku uvedené v tejto výzve,
10. všetky informácie obsiahnuté v tejto žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu, v jej prílohách a sprievodných dokumentoch sú pravdivé.
11. *ďalšie čestné vyhlásenie podľa textu zadefinovaného vo formulári žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu alebo vo výzve (ak relevantné).*
12. v rámci žiadosti žiadateľ preukázal záujem začať prevádzkovať všeobecnú ambulanciu do dvoch mesiacov od právoplatnosti povolenia.

<sup>1</sup> Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti

<sup>2</sup> 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](https://ec.europa.eu/info/strategy/eu-budget/how-it-works/annual-lifecycle/implementation/anti-fraud-measures/edes/database_en)

Žiadateľ si je vedomý právnych dôsledkov nepravdivého vyhlásenia o skutočnostiach uvedených v predchádzajúcich odsekoch, vrátane prípadných trestnoprávných 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).

<b>Názov komponentu POO</b>	11_Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť
<b>Názov investície</b>	Investícia 1_Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach
<b>Názov výzvy</b>	„Finančná podpora pre nových a existujúcich poskytovateľov všeobecnej ambulancnej starostlivosti na zriadenie všeobecných ambulancií v nedostatkových oblastiach“
<b>Meno a priezvisko, titul:</b>	
<b>Funkcia:</b>	
<b>Podpis a pečiatka<sup>3</sup>:</b>	
<b>Dátum a miesto:</b>	

<sup>3</sup> V prípade, ak žiadateľ nedisponuje pečiatkou, uvedie iba podpis štatutárneho orgánu žiadateľa / osoby konajúcej v mene žiadateľa.

**Súhrnné čestné vyhlásenie lekára,  
ktorý bude u poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie**

..... (meno, priezvisko, titul lekára),  
adresa trvalého bydliska: ....., (ďalej len „lekár“), týmto na  
účely predloženia žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu pre aktivitu s  
názvom<sup>1</sup>.....  
v rámci výzvy 11101-21-V08 (ďalej len „Výzva“) predloženú poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti:  
..... (názov / obchodné meno),  
sídlo:.....,  
IČO: ....., ako žiadateľom

**čestne vyhlasujem, že**

- som počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podaniu žiadosti o príspevok žiadateľom nevykonával v okrese, pre ktorý žiada príspevok, zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) zákona č. 578/2004 Z. z. 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“) u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo vyššom ako polovičnom úväzku,
- som počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok žiadateľom nevykonával zdravotnícke povolanie vo vyššom ako polovičnom úväzku v priemere podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o poskytovateľoch u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti v okrese, ktorý je podľa klasifikácie okresov zverejnenej podľa § 5d ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch klasifikovaný rovnakým alebo vyšším stupňom nedostatku ako okres, pre ktorý sa uchádza o príspevok, s uvedením všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, u ktorých v bezprostredne prechádzajúcich 36 mesiacoch vykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o poskytovateľoch,

**Tabuľka k bodu 1 a 2 súhrnného čestného vyhlásenia lekára:**

Zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, u ktorých žiadateľ počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok vykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) Zákona o poskytovateľoch

Názov poskytovateľa	Názov pracoviska	Výška úväzku	Dátum od	Dátum do	Druh činnosti*
<i>Príklad:</i> Zdravie, s.r.o.	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

<sup>1</sup> Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti



- špecializačné alebo rezidentské štúdium
  - dočasné zastupovanie
  - iné (pri tejto možnosti uveďte druh konkrétnej činnosti)
3. som počas 36 mesiacov bezprostredne predchádzajúcich dňu podaniu žiadosti o príspevok nebol odborným zástupcom u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému zdravotná poisťovňa počas toho obdobia vypovedala zmluvu pre porušenie zmluvy alebo ktorému samosprávny kraj zrušil povolenie na prevádzkovanie všeobecnej ambulancie z dôvodov podľa § 19 ods. 1 písm. c) a d) Zákona o poskytovateľoch

Toto čestné vyhlásenie je neoddeliteľnou prílohou žiadosti o poskytnutie prostriedkov mechanizmu.

-----  
podpis lekára