



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

Místo pro kolek  
v hodnotě  
1000,- Kč

NALEPTE  
obě části

## ŽÁDOST O UDĚLENÍ AKREDITACE k provádění vzdělávání v základním kmeni lékaře

Vaše IČ:	11122333
Právní forma:	Právní osoba
Název žadatele:	Ordinace JEP
Adresa sídla:	Spálená 11, Praha 1
Adresa místa poskytování zdravotních služeb:	Stejná jako adresa trvalého pobytu/sídla
Jméno statutárního zástupce:	MUDr. Jan Purkyně
Název statutárního orgánu:	jednatel

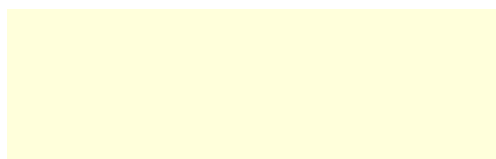
Název základního kmene, který bude zajišťován:	Všeobecné praktické lékařství
Vymezení základního kmene:	celý
Max. počet školících míst:	2
Smluvní zařízení pro teoretickou část:	IPVZ
Smluvní zařízení pro praktickou část:	VFN

Kontaktní osoba:	MUDr. Jan Purkyně
Telefon:	456789123
E-mail:	ordinacejep@gmail.com

Tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých osobních údajů pro účely této žádosti Ministerstvem zdravotnictví, jakož i s tím, že mé osobní údaje mohou být poskytnuty třetím osobám, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění.

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v této žádosti jsou správné, úplné a zakládají se na pravdě.

V Praha dne 19. 10. 2018  
Jan Purkyně



podpis a razítko žadatele

## Přílohy k žádosti:

- **kolek** v hodnotě 1000,- Kč (k zakoupení na pobočkách České pošty, s.p.)
- **kopie dokladů** o odborné a specializované způsobilosti nebo zvláštní odborné způsobilosti nebo zvláštní specializované způsobilosti anebo jiné odborné kvalifikaci garanta oboru a školitele odpovědných za průběh vzdělávání na konkrétním pracovišti.
- **vyplněný formulář dotazník k žádosti** - Informace o personálním zabezpečení a technickém a věcném vybavení pro zajištění vzdělávání nejméně na dobu stanovenou v rozhodnutí.
- **kopie Rozhodnutí o udělení oprávnění poskytování zdravotních služeb** - Informace o druhu a rozsahu zdravotních služeb poskytovaných žadatelem, popřípadě smluvním zařízením, v příslušném specializačním oboru, je-li poskytovatelem zdravotních služeb.
- **kopie Výpisu z obchodního rejstříku** (pouze u právnických osob)
- **smlouvy o spolupráci s jiným zařízením k zajištění povinné praxe (pokud není povinná praxe zajišťována přímo žadatelem) a vzdělávacích aktivit**
- **plán vzdělávání v základním kmeni**

---

**Kompletní písemnou žádost (včetně elektronické podoby) v jednom vyhotovení zašlete na adresu:**

Ministerstvo zdravotnictví  
odbor vědy a lékařských povolání  
Palackého nám. 4  
128 01 Praha 2

Tel.: +420 224 972 111  
E-mail: [vlp@mzcr.cz](mailto:vlp@mzcr.cz)  
[www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)