



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ



Modernizácia materiálo-
technického zabezpečenia
existujúcich ambulancií všeobecnej
a špecializovanej ambulantnej
starostlivosti v Trenčianskom
samosprávnom kraji

KÓD VYZVANIA: 401405F926001

AKO VYPLNIŤ ŽIADOSŤ o FPzP



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

Potrebné použiť aktuálny formulár ŽoFPzP, ktorý je prílohou k vyzvaniu

Žiadosť o finančné prostriedky z príspevku	
1. Základné údaje o užívateľovi²	
Meno/názov užívateľa:	<i>Meno/názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i>
Adresa/sídlo užívateľa:	<i>Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec</i>
Právna forma:	
IČO:	
DIČ:	
IČ DPH:	
Uplatnenie si DPH koeficientom:	Vyberte položku.
Štatutárny orgán:	<i>Meno, priezvisko a titul</i>
E-mail:	
Tel. číslo:	
Kontaktná osoba pre komunikáciu:	<i>Meno, priezvisko a titul</i>
Adresa pre korešpondenciu:	<i>Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec</i>
E-mail:	
Tel. číslo:	
Región (NUTSII) (MRR)	Trenčiansky kraj
Kód „P“ užívateľa:	<i>12-miestny kód ambulancie</i>
Názov odbornej ambulancie:	<i>Meno/názov odbornej ambulancie (užívateľ skopíruje sivo vyfarbené riadky podľa počtu ambulancií v prípade záujmu podporenia viacerých odborných ambulancií; napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje 10x3 riadky, každá ambulancia musí byť vpísaná osobitne)</i>
Adresa ambulancie – miesto realizácie aktivít projektu:	<i>Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec – miesto realizácie</i>
Názov projektu:	<i>Modernizácia materiálo-technického zabezpečenia existujúcich zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti na území Trenčianskeho samosprávneho kraja.</i>

← Základné údaje o užívateľovi, kont. údaje, právna forma, IČO...

← DPH koeficientom (áno/nie/netýka sa)
 • platca DPH uvedie, či si uplatňuje DPH koeficientom:áno/nie
 • neplatca DPH: netýka sa

← Užívateľ uvedie kontaktnú osobu pre komunikáciu s VÚC

← Región je predvyplnený, užívateľ nič nevypĺňa

← **Sivé riadky:** údaje o ambulancii; v prípade žiadosti o finančné prostriedky pre viac ambulancií je potrebné nakopírovať tieto 3 riadky za každú ambulanciu samostatne

← **Názov projektu:** užívateľ si zvolí sám, napríklad: „Modernizácia materiálo-technického zabezpečenia v ... ambulancii“



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

2. Bankové údaje pre poskytnutie pomoci	
Bankové spojenie:	
IBAN:	
BIC kód:	
Systém financovania:	Refundácia

← Užívateľ vyplní bankové údaje. Nie je potrebné zriaďovať nový účet len pre účely projektu, tzn. užívateľ môže uviesť účet, ktorý už má.

← Spôsob financovania je stanovený VÚC formou : Refundácie.

3. Časový harmonogram aktivít:		
Interval:	Od	Do

↑
Časová oprávnenosť realizácie projektu je definovaná dňom účinnosti zmluvy o poskytnutí finančných prostriedkov z príspevku t.j. dňom nasledujúcim po dni zverejnenia v CRZ, po dobu 12 mesiacov. Užívateľ uvedie termín realizácie aktivít projektu, max 12 mesiacov. Odporúčame uviesť začiatok aktivít 01.09.2026 a koniec aktivít podľa uváženia užívateľa, v akom intervale chce projekt zrealizovať.



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

4. Celkové oprávnené výdavky: (Kód „P“ užívateľa)		
Žiadaná suma	Celkové oprávnené výdavky:	uviesť 100 % oprávnených výdavkov
	požadovaná výška fin. prostriedkov:	uviesť 92 % z celkových oprávnených výdavkov
	vlastné zdroje:	uviesť 8 % z celkových oprávnených výdavkov

- Užívateľ uvedie celkovú sumu za projekt – 100% - s DPH
- Užívateľ uvedie požadovanú výšku finančných prostriedkov – 92% z celkových oprávnených výdavkov
- Užívateľ uvedie sumu, ktorú je povinný spolufinancovať – 8% z celkových oprávnených výdavkov

Príklad:

Maximálna výška príspevku NFP 92%- 30 000 eur/0,92*8%(spolufinancovanie) = 32 608,70 eur (suma žiadosti o poskytnutie finančných prostriedkov z príspevku.

Poznámka: v prípade záujmu podporenia viacerých ambulancií užívateľ nakopíruje tabuľku podľa potrebného počtu: užívateľ vyplní tabuľku za každú ambulanciu samostatne (do tabuliek uvedie kód „P“ užívateľa) a zároveň vyplní sumárnu tabuľku za všetky ambulancie spolu. Napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje tabuľku 11-krát, každá ambulancia bude mať osobitný sumár, plus užívateľ uvedie sumár za všetky ambulancie spolu.



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

5. Príspevok k realizácii oprávnených aktivít:

Názov aktivity:	<i>„Obnova a modernizácia materiálno-technického vybavenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo všeobecných a špecializovaných ambulanciách.“</i>
Popis realizovanej aktivity	<i>Užívateľ uvedie, akým spôsobom použije finančné prostriedky z príspevku od prijímateľa nenávratného príspevku (t.j. VÚC). Účel využitia obstaraného MTZ. Uvedie, čo dosiahne obstaraním MTZ.</i>
Iné	<i>Aký cieľ bude dosiahnutý realizáciou tejto aktivity.</i>

Názov aktivity je uvedený, užívateľ nič nevyplní

Užívateľ popíše aktivitu – akým spôsobom využije finančné prostriedky, účel využitia obstaraného MTZ a čo dosiahne jeho obstaraním, uvedie, aký cieľ dosiahne realizáciou aktivity/projektu



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNY KRAJ

6. Príspevok k naplneniu merateľných ukazovateľov	
Názov merateľného ukazovateľa:	Kapacita nových alebo modernizovaných zariadení zdravotnej starostlivosti
Plnenie merateľného ukazovateľa:	Uviesť hodnotu osoby/rok
Názov merateľného ukazovateľa:	Používatelia nových alebo modernizovaných zariadení zdravotnej starostlivosti za rok
Plnenie merateľného ukazovateľa:	Uviesť hodnotu používateľa/rok

MU „*Kapacita*“ sa vypočíta nasledovne: **X = úväzok lekára danej ambulancie x počet ošetrovaných pacientov denne x počet pracovných dní v kalendárnom roku**

počet ošetrovaných pacientov denne = stanovená hodnota 6

Príklad: $1 \times 6 \times 254 = \underline{1524}$

MU „*Používatelia*“ sa na začiatku projektu stanovuje na hodnotu MU „*Kapacita*“, t.j. **hodnoty oboch ukazovateľov v žiadosti budú to isté číslo**



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

7. Rozpočet projektu				
P. č.	Názov výdavku	Počet kusov	Kód „P“ užívateľa:	Poznámka
1.	Xxxxxxx xxxxxxx	x	x	x
2.				
3.				
4.				
5.				
Spolu		Xxx xxx,xx Eur		

← **Názov výdavku** – v žiadosti je potrebné uviesť názov položky/výdavku podľa zoznamu oprávneného vybavenia

← **Poznámka** – užívateľ do poznámky uvedie doplňujúce informácie: cenu, špecifikáciu výdavku alebo iné

← **Spolu** – užívateľ zadá celkovú sumu finančných prostriedkov

↑
V prípade žiadosti o finančné prostriedky pre viac ambulancií je potrebné nakopírovať tabuľku (s uvedením kódu „P“ užívateľa) a uviesť rozpočet za každú ambulanciu samostatne



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNY KRAJ

8. Zoznam príloh

1.	Podpisový vzor štatutára; v prípade splnomocnenej osoby podpisový vzor splnomocnenca spolu so splnomocnením (príloha 1a, 1b Príručky pre užívateľa) ; zároveň výpis z registra trestov alebo údaje na vyžiadanie výpisu z registra trestov štatutára/splnomocnenej osoby (príloha č. 6 Vyzvania)
2.	Doklad z banky o zriadení/vedení bankového účtu užívateľa, na ktorý majú byť poukázané finančné prostriedky z príspevku a z ktorého budú hradené finančné prostriedky z príspevku dodávateľom (zmluva o založení účtu, potvrdenie o vedení účtu) – <i>kópia dokladov, nie staršia ako 3 mesiace</i>
3.	Kópia povolenia na prevádzkovanie ambulancie
4.	Doklad o zápise užívateľa v registri partnerov verejného sektora – <i>ak relevantné</i>
5.	Podklady na preukázanie splnenia podmienok pre MSP - príloha č. 6 Príručky pre užívateľa
6.	Vyhlásenie užívateľa o poskytnutej pomoci de <u>minimis</u> - príloha č. 7 Príručky pre užívateľa
7.	Predloženie inventúrneho súpisu majetku - <i>ak relevantné (len ambulancie do 5 rokov činnosti)</i>
8.	Určenie predpokladanej hodnoty zákazky (PHZ)
9.	Všetky platné zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti so zdravotnými poisťovňami ku dňu podania žiadosti (kópia zmluvy)



Užívateľ predkladá overený podpisový vzor, príp. splnomocnenie – Prílohy č. 1a a 1b Príručky pre užívateľa zverejnené pri vyzvaní.



Doklad o účte; nie je potrebné zriaďovať nový účet len pre účely projektu.



V prípade PZS sa pri povinnosti zápisu do RPVS berú do úvahy finančné limity: v prípade **jednorazového plnenia je finančný limit 100.000 eur** a v prípade **opakujúceho sa plnenia je finančný limit 250.000 eur**
Bližšie info na
<https://www.justice.gov.sk/sluzby/register-partnerov-verejneho-sektora/>.



Výpis z registra trestov nie starší ako 3 mesiace v čase podania žiadosti. Užívateľ si ho môže zabezpečiť sám alebo poskytnúť VÚC údaje k jeho vyžiadaniu



Inventarizáciu prístrojového vybavenia predkladá užívateľ, ktorý prevádzkuje ambulanciu kratšie ako 5 rokov, nakoľko je oprávnený sa uchádzať výlučne o materiálno – prístrojové vybavenie zo zoznamu oprávneného vybavenia, ktoré netvorí súčasné vybavenie jeho ambulancie



Spolufinancovaný
Európskou úniou



PROGRAM
SLOVENSKO



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



TRENČIANSKY
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

Kde nájdete potrebné informácie

Webová stránka
Trenčianskeho
samosprávneho kraja:

www.tsk.sk -
Zdravotníctvo – Projekt
pre ambulancie