

Žádost o udělení/prodloužení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu se zasílá na adresu (pozn. preferovaný způsob je elektronické podání do datové schránky):

Ministerstvo zdravotnictví
Oddělení lékařských povolání
Palackého náměstí 4
128 00 Praha 2

Datová schránka: **pv8aaxd**

Žádá poskytovatel zdravotních služeb nebo právnická osoba nebo fyzická osoba.

Je nutné doložit:

Potvrzení, ze kterého bude vyplývat, že údaje týkající se personálního zabezpečení (jména a počty lékařských zdravotnických pracovníků) odpovídají údajům uvedeným v registru České stomatologické komory (dále jen „ČSK“). Toto potvrzení vydá na vyžádání ČSK. To znamená, že již při podání Žádosti o udělení akreditace, musí personální zabezpečení (jména a počty zubních lékařů) u žadatele (uvedené v dotazníku) odpovídat údajům personálního zabezpečení (jména a počty) uvedeným v registru ČSK.

Žadatel se obrátí na ČSK na adresu durikova@dent.cz se seznamem veškerého personálního zabezpečení (jména a počty zubních lékařů), které chce potvrdit. Pokud tento seznam nebude souhlasit se seznamem uvedeným v registru ČSK, je nutné, aby tyto nesrovnalosti s ČSK vyřešil. **K Žádosti o udělení/prodloužení akreditace**, kterou poskytovatel zdravotních služeb zasílá na Ministerstvo zdravotnictví Odbor vědy a lékařských povolání, přikládá **Potvrzení od ČSK**, že seznam lékařských zdravotnických pracovníků uvedených v dotazníku odpovídá seznamu lékařských zdravotnických pracovníků v registru ČSK.

- 1. Formulář žádosti o udělení/prodloužení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu s podpisem statutárního orgánu (statutární orgán – ředitel / jednatel / předseda představenstva) nebo fyzická osoba, která žádost předkládá.**
- 2. Dotazník, ve kterém jsou uvedeny informace o personálním a materiálně – technickém zabezpečení (vyplněný formulář pro účely doložení plnění podmínek Vzdělávacího programu odborné praxe v rámci praktické části aprobační zkoušky).**
- 3. Doklady o odborné nebo specializované způsobilosti nebo jiné odborné kvalifikaci zubních lékařů vykonávajících přímé odborné vedení odpovědných za průběh vzdělávání v rámci praktické části aprobační zkoušky (kopie).**
- 4. Doklady o odborné nebo specializované způsobilosti všech nelékařských zdravotnických pracovníků (kopie).**
- 5. Výpis z obchodního rejstříku (kopie). Předkládá pouze právnická osoba.**

6. Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (kopie).

7. Kopie pracovně právní smlouvy lékaře vykonávající přímé odborné vedení nebo čestné prohlášení v případě, že lékař vykonávající přímé odborné vedení je současně poskytovatelem zdravotních služeb (fyzická osoba OSVČ) který se akredituje, ze které bude patrná výše pracovního úvazku nebo potvrzení o výši pracovního úvazku od poskytovatele zdravotních služeb, který si žádá o akreditaci (kopie).

8. Potvrzení o výši pracovního úvazku ostatních zubních lékařů, kteří jsou zaměstnání u poskytovatele zdravotních služeb, který si žádá o akreditaci.

9. Kopie pracovně právních smluv všech nelékařských zdravotnických pracovníků u poskytovatele zdravotních služeb, který si žádá o akreditaci, ze kterých bude patrná výše pracovních úvazků nebo potvrzení o výši pracovních úvazků všech nelékařských zdravotních pracovníků od poskytovatele zdravotních služeb, který si žádá o akreditaci (kopie).

10. Platné osvědčení o soustavné účasti v systému celoživotního vzdělávání České stomatologické komory lékařů vykonávající přímé odborné vedení (kopie).

11. Žádost se standardně zasílá v elektronické podobě datovou zprávou do datové schránky Ministerstva zdravotnictví ČR. V případě zaslání v písemné (analogové) podobě se přikládá datový nosič s elektronickou podobou žádosti.

12. Doklad o zaplacení správního poplatku (úhrada správního poplatku bankovním převodem)

Informace k platbě za správní poplatek:

- na číslo bankovního účtu: 3711-0002528001/0710,
- variabilní symbol: IČ (žadatele),
- **do zprávy pro příjemce uvést, o jakou žádost se jedná** (př. akreditace – aprobační zk. zubní lékař) – DŮLEŽITÉ.