

## Závěrečná zpráva – 2. část

**k projektu realizovaném v rámci dotačního programu MZ ČR „Program na podporu dostupnosti zdravotních služeb praktických lékařů“**

*Závěrečnou zprávu – 2. část zašlete v 1 vyhotovení nejpozději do 30 měsíců od vyplacení dotace na adresu: Ministerstvo zdravotnictví, Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2. Obálku prosím označte textem „Závěrečná zpráva 2. část – Program na podporu dostupnosti zdravotních služeb“.*

Rozhodnutí čj.:

Příjemce dotace (obchodní firma, název nebo jméno a příjmení):

Právní forma:

Sídlo/místo podnikání nebo v případě fyzické osoby adresa trvalého bydliště:

Statutární orgán v případě právnické osoby:

IČ:

DIČ:

### Část A)

#### Zpráva o plnění projektu

##### Obsah a průběh realizace projektu

*Osnova:*

1. Příjemce shrne dosažené výsledky a splnění udržitelnosti projektu. Splnění cílů projektu – místo poskytování zdravotních služeb, začátek poskytování zdravotních služeb, počet měsíců poskytování služeb primární péče v dané oblasti, ordinační doba (případné změny během let), návštěvní služba, počet a jména lékařů, kteří se podílí nebo podíleli na zajištění primární péče u příjemce, počet smluv o poskytování zdravotních služeb (uveďte konkrétní pojišťovny, se kterými je uzavřena smlouva – pokud došlo během let k nějakým změnám, uveďte také).
2. Rekapitulace změn provedených a schválených v průběhu trvání dotačního programu a jejich zdůvodnění.





3. Dále příjemce uvede všechny skutečnosti, které mohly významným způsobem ovlivnit závěrečné hodnocení. Jasně formuluje dosažený výsledek.

**Část B)**

**Informace o čerpání přidělených finančních prostředků (v Kč) z dotačního programu na podporu dostupnosti zdravotních služeb praktických lékařů ke dni .....**

Schválená výše dotace dle aktuálních rozhodnutí celkem: .....  
Nedočerpané dotační prostředky ve výši ..... Kč byly vráceny na účet MZ ČR dne .....

V ..... dne

-----  
podpis příjemce dotace/ v případě právnické osoby podpis statutárního zástupce

