**Príloha 1 Výzvy 11I01-21-V08**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** | | | *ambulancia\_priezvisko lekára/obchodne meno\_obec* | | | | |
| **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[[1]](#footnote-1):** | | |  | | | | |
| **Miesto realizácie aktivity[[2]](#footnote-2):** | | |  | | | | |
| **Názov investície POO[[3]](#footnote-3):** | | | Investícia 1\_Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach | | | | |
| **Názov komponentu POO:** | | | 11\_Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť | | | | |
| I. IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA[[4]](#footnote-4) | | | | | | | |
| **a) lekár** | | **lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria** | | | | | |
| Meno, priezvisko, titul: | |  | | | | | |
| Adresa trvalého bydliska: | |  | | | | | |
| **b) poskytovateľ** | | **poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti** | | | | | |
| Obchodné meno: | |  | | | | | |
| Sídlo: | |  | | | | | |
| Právna forma: | |  | | | | | |
| Meno a priezvisko všetkých členov štatutárneho orgánu: | |  | | | | | |
| Adresa miesta prevádzkovania súčasnej všeobecnej ambulancie | |  | | | | | |
| IČO: | |  | | IČ DPH: |  | DIČ: |  |
| II. KONTAKTNÁ OSOBA PRE KOMUNIKÁCIU NA STRANE ŽIADATEĽA | | | | | | | |
| **Meno a priezvisko:** | | |  | | | | |
| **Adresa na doručovanie písomností:** | | |  | | | | |
| **Email:** | | |  | | | | |
| **Telefonický kontakt:** | | |  | | | | |
| III. ZOZNAM SAMOSTATNÝCH PRÍLOH | | | | | | | |
| **pre žiadateľa - LEKÁRA** podľa písm. a) v I. časti žiadosti | | | | | | | |
| **P. č.** | **Názov prílohy** | | | | | | |
| 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; *(vzor je súčasťou žiadosti)* | | | | | | |
| **pre žiadateľa - POSKYTOVATEĽA** podľa písm. b) v I. časti žiadosti | | | | | | | |
| **P. č.** | **Názov prílohy** | | | | | | |
| 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; *(vzor je súčasťou žiadosti)* | | | | | | |
| 6. | Súhrnné čestné vyhlásenie lekára, ktorý bude u poskytovateľa vykonávať zdravotnícke povolanie (podľa podmienky 2 podmienky PPM č.1 bodu 3 Výzvy); *(vzor je súčasťou žiadosti)* | | | | | | |
| 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) | | | | | | |

**Príloha 5a**

**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[[5]](#footnote-5)1........................................................

.........................................................................................................................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.)[[6]](#footnote-6)2,
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](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/20220401#paragraf-3.odsek-4.pismeno-a)) Zákona o poskytovateľoch u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti v okrese, ktorý je podľa klasifikácie okresov zverejnenej podľa [§ 5d ods. 1 písm. c)](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/20220401#paragraf-5d.odsek-1.pismeno-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](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/20220401#paragraf-3.odsek-4.pismeno-a)) Zákona o poskytovateľoch,
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)](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/20220401#paragraf-19.odsek-1.pismeno-c) a [d)](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/20220401#paragraf-19.odsek-1.pismeno-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\*** |
| *Príklad:*  *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 spoločenstiev 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:** |  |

**Príloha 5b**

**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[[7]](#footnote-7)1.........................................

............................................................................................................................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)[[8]](#footnote-8)2,
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. spĺňam 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.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Názov komponentu POO** | 11\_Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť |
| **Názov investície** | Investícia 1\_Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach |
| **Názov výzvy** | „Finančná podpora pre nových a existujúcich poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na zriadenie všeobecných ambulancií v nedostatkových oblastiach“ |
| **Meno a priezvisko, titul:** |  |
| **Funkcia:** |  |
| **Podpis a pečiatka[[9]](#footnote-9)3:** |  |
| **Dátum a miesto:** |  |

**Príloha 6**

**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[[10]](#footnote-10)1........................................................................................................................................................................................v rámci výzvy 11I01-21-V08 (ďalej len „Výzva“) predloženú poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti: ........................................................................................................................................................... (*názov / obchodné meno*), sídlo:............................................................................................................................................................................................., IČO: ............................................................., ako žiadateľom

**čestne vyhlasujem, že**

1. 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,
2. 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\*** |
| *Príklad:*  *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)

1. 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

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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) [↑](#footnote-ref-2)
3. Plán obnovy a odolnosti SR [↑](#footnote-ref-3)
4. Vyberte a vyplňte jednu z možností a) alebo b) [↑](#footnote-ref-4)
5. 1 Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti [↑](#footnote-ref-5)
6. 2 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> [↑](#footnote-ref-6)
7. 1 Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti [↑](#footnote-ref-7)
8. 2 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> [↑](#footnote-ref-8)
9. 3 V prípade, ak žiadateľ nedisponuje pečiatkou, uvedie iba podpis štatutárneho orgánu žiadateľa / osoby konajúcej v mene žiadateľa. [↑](#footnote-ref-9)
10. 1 Názov aktivity v čestnom prehlásení sa musí zhodovať s názvom aktivity v žiadosti [↑](#footnote-ref-10)