

O výsledku žádosti bude žadatel informován na svůj uvedený e-mail. Na akci je možné se přihlásit, až po kladném schválení žádosti vedoucím VVS. Fakturu k uhrazení registračního poplatku schválené akce je žadatel povinen zaslat na vvs.faktury@zachranka.cz/nebo předat nadřízenému pracovníkovi k elektronickému zpracování, po ukončení akce je povinen zaslat potvrzení o účasti (např. certifikát) na vvs.certifikaty@zachranka.cz.

5. SCHVÁLENÍ

VSO/primář oblasti	Vedoucí VVS
SCHVALUJI – NESCHVALUJI	SCHVALUJI – NESCHVALUJI
V , dne	V , dne

Jméno a příjmení:

Podpis:

Jméno a příjmení:

Podpis:

Tento dokument je duševním vlastnictvím ZZS SK, p.o.

Dokument ani jeho části není dovoleno bez písemného souhlasu poskytovat třetím stranám.

Příloha č. III. ke Směrnici
Vzdělávání zdravotnických pracovníků

Žádost o schválení nepovinného externího vzdělávání

**ŽÁDOST O SCHVÁLENÍ ÚČASTI NA NEPOVINNÉ VZDĚLÁVACÍ AKCI PRO ROK
2026 HRAZENÝCH Z ROZPOČTU VVS**

Předběžná řídící kontrola před vznikem závazku.

1. IDENTIFIKACE ŽADATELE

Jméno a příjmení: *Van Mendes*

Osobní číslo: *8072*

E-mail: *Van.Mendes@zachranka.cz*

Útvar ZZS: *ZDIBY*

2. IDENTIFIKACE AKCE

Název akce: *LIFE - HOŠPITAL TRAVEL LIFE SUPPORT - PHTLS*

Místo konání: *JÍRÁDEČ KRÁLOVÉ*

3. ÚČAST

Pasivní

4. FINANČNÍ NÁKLADY

Cena registračního poplatku: *8700,-*

Ubytování (v Kč za pobyt): */*

Cestovní náhrady: */*

Podpis žadatele:

v *21.08.2026*, dne *21.08.2026*

Příloha č. IV. ke Směrnici
Vzdělávání zdravotnických pracovníků

Cestovní příkaz

Firma - razítka		CESTOVNÍ PŘÍKAZ		
1. Příjmení, jméno, titul 2. Bydliště		HUNIČ MEDEŠ Jan MEZHOŘÍ 21/3617/NO		
Osobní číslo Útvar Telefon, linka		P05L Pr 2018Y		
Normální pracovní doba od _____ do _____				
Počátek cesty (místo, datum, hodina)	Místo jednání	Účel a průběh cesty	Konec cesty (místo, dat.)	
MEZHOŘÍ	H. KERLOVÉ	PRZS	MEZHOŘÍ	
3. Spolucestující				
4. Určený dopr. prostředek (u vlast. voz. druh, obsah válců)	DVV			
5. Předpokládaná částka výdajů Kč				
6. Povolená záloha Kč	vyplicená dne	pokl. doklad číslo		
Podpis pokladníka		Datum a podpis pracovníka oprávněného k povolení cesty		
VYÚČTOVÁNÍ PRACOVNÍ CESTY				
7. Zpráva o výsledku pracovní cesty byla podána dne				
Se způsobem provedení souhlasí:				
Datum a podpis odpovědného pracovníka				
8. VÝDAJOVÝ A PŘÍJMOVÝ DOKLAD číslo		Účtovací předpis		
Účtovaná náhrada byla přezkoušena a upravena na		Má dátí	Dal	Částka
Vyplacená záloha		Kč		
Doplatek - Přeplatek		Kč		
Slov: _____		Středisko Zakázka		
Datum a podpis pracovníka, který upravil vyúčtování		Poznámka o zaúčtování		
		Datum a podpis pokladníka	Datum a podpis	Schválili (datum a podpis) (průkaz totožnosti)

Zdravotnická záchranná služba
Středočeského kraje, p.o.
Vančurova 1544, 272 01 Kladno

IČO 75030926

Tel. 312 256 601

e-mail: podatelna@zachranka.cz

Spisová značka: PR 979 vedená u Městského soudu v Praze