

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 řídicí kontrola před vznikem závazku.

#### 1. IDENTIFIKACE ŽADATELE

Jméno a příjmení: VAN MUNIZ MENDES Osobní číslo: 8052  
E-mail: VAN.MENDES@ZACHRANKA.CZ Útvar ZZS: 20137

#### 2. IDENTIFIKACE AKCE

Název akce: ADVANCED STROKE LIFE SUPPORT  
Místo konání: ČR

#### 3. ÚČAST

Pasivní

#### 4. FINANČNÍ NÁKLADY

Cena registračního poplatku: 400,-

Ubytování (v Kč za pobyt):

Cestovní náhrady:

Podpis žadatele:

V 20137 dne 12.1.2016

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](mailto: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](mailto:vvs.certifikaty@zachranka.cz).

## 5. SCHVÁLENÍ

VSO/primář oblasti	Vedoucí VVS
SCHVALUJI – NESCHVALUJI	SCHVALUJI – NESCHVALUJI
V , dne	V , dne
Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:
Podpis:	Podpis:

# Cestovní příkaz

Firma - razítko		<b>CESTOVNÍ PŘÍKAZ</b>																										
1. Příjmení, jméno, titul <u>MUKIŠ HENDES VIK</u> 2. Bydliště <u>MEZIMORŮ č. 18, BLATNO</u>		Osobní číslo <u>8052</u> Útvar <u>IV 20134</u> Telefon, linka _____ Normální pracovní doba od _____ do _____																										
Počátek cesty (místo, datum, hodina)	Místo jednání	Účel a průběh cesty	Konec cesty (místo, dat.)																									
<u>MEZIMORŮ</u>		<u>ASLS</u>	<u>MEZIMORŮ</u>																									
3. Spolucestující _____ 4. Určený dopr. prostředek (u vlast. voz. druh, obsah válců) <u>AVV</u> 5. Předpokládaná částka výdajů Kč _____ 6. Povolená záloha Kč _____ vyplacená dne _____ pokl. doklad číslo _____																												
Podpis pokladníka		Datum a podpis pracovníka oprávněného k povolení cesty																										
<b>VYÚČTOVÁNÍ PRACOVNÍ CESTY</b> 7. Zpráva o výsledku pracovní cesty byla podána dne _____ Se způsobem provedení souhlasí: _____ Datum a podpis odpovědného pracovníka _____																												
8. VÝDAJOVÝ A PŘÍJMOVÝ DOKLAD číslo _____ Účtovaná náhrada byla přezkoušena a upravena na _____ Vyplacená záloha _____ Kč _____ Doplatek - Přepatek _____ Kč _____ Slovy: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5">Účtovací předpis</th> </tr> <tr> <th>Má dát</th> <th>Dal</th> <th>Částka</th> <th>Středisko</th> <th>Zakázka</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Poznámka o zaúčtování _____		Účtovací předpis					Má dát	Dal	Částka	Středisko	Zakázka															
Účtovací předpis																												
Má dát	Dal	Částka	Středisko	Zakázka																								
Datum a podpis pracovníka, který upravil vyúčtování	Datum a podpis pokladníka	Datum a podpis (průkaz totožnosti)	Schválil (datum a podpis)																									

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

IČO 75030926

Tel. 312 256 601  
e-mail: [podatelna@zachranka.cz](mailto:podatelna@zachranka.cz)  
Spisová značka: PR 979 vedená u Městského soudu v Praze