

**Čestné prehlásenie**  
**k zúčtovaniu finančných prostriedkov**  
**v rámci odmeňovania zdravotníckych pracovníkov v 1. línii a červenej zóne**

Uznesením vlády č. 690 z 28. októbra 2020 bolo Ministerstvu zdravotníctva SR uložené realizovať proces **odmeňovania zdravotníckych pracovníkov, ktorí od 1. apríla 2020 do 31. júla 2020** pôsobili v prvej línii a v červenej zóne v súvislosti so vzniknutou situáciou týkajúcou sa akútneho respiračného syndrómu spôsobeného novým koronavírusom 2019-nCoV (COVID-19).

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky zverejnilo na svojej webovej stránke verejný prísľub, ktorým bolo umožnené poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v prvej línii a/alebo v červenej zóne prihlásiť zdravotníckych pracovníkov do systému odmeňovania prostredníctvom Informačného systému zdravotníckych indikátorov Národného centra zdravotníckych informácií a to v termíne od 2. novembra 2020 do 11. novembra 2020 za účelom vyplatenia odmien.

V zmysle zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy **podliehajú takto poskytnuté prostriedky štátneho rozpočtu finančnému zúčtovaniu**, ktoré je priložené nižšie:

**Identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:**

<b>IČO</b>		
<b>Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</b>		
<b>Obec sídla poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</b>		
<b>Kontaktná osoba (zodpovedná za vyplnenie formulára)</b>	<b>Meno a priezvisko</b>	
	<b>Telefón</b>	
	<b>Email</b>	
<b>Dátum vyplnenia</b>		
<b>Poznámka</b>		

**Zúčtovanie finančných prostriedkov:**

<b>Nahlásený počet hodín – 1. línia</b>	
<b>Nahlásený počet hodín – červená zóna</b>	
<b>Pridelené finančné prostriedky v EUR – 1. línia a červená zóna</b>	
<b>Celková výška čerpaných finančných prostriedkov v EUR</b>	
<b>Zostatok nevyčerpaných finančných prostriedkov v EUR</b>	

Čestne vyhlasujem, že poskytnuté finančné prostriedky som použil v súlade s ich účelom a že všetky vyplnené informácie v tomto formulári sú pravdivé, úplné a správne:

<b>Zodpovedná (oprávnená) osoba za PZS</b>	<b>Funkcia</b>	<b>Podpis</b>

V ..... **(doplňte sa sídlo IČO)**, dňa .... **(doplňte sa dátum odoslania formuláru)**

**Zoznam príloh:**

Príloha č. 1 Zoznam zdravotníckych pracovníkov a poskytnuté finančné prostriedky

Príloha č. 2 Kópie účtovných dokladov preukazujúcich poskytnutie finančných prostriedkov

**Príloha č. 1 Zoznam zdravotníckych pracovníkov a poskytnuté finančné prostriedky**

*Doplnia sa údaje z modulu č. 2*