

ESF projekts ESF projekts “Atbalsts ārstniecības personām, kas nodrošina pacientu ārstēšanu sabiedrības veselības krīžu situāciju novēršanai” Nr. 9.2.7.0/21\_\_\_\_\_\_\_

PRETENDENTA PIETEIKUMS:

**ĢIMENES** **ĀRSTAM, KURŠ NODOD PRAKSI**

**UN ĢIMENES ĀRSTAM, KURŠ PĀRŅEM PRAKSI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ģimenes ārsts, kurš nodod praksi:** | |
| **Vārds, uzvārds:** |  |
| **Personas kods:** |  |
| **Tālrunis:** |  |
| **E-pasts:** |  |
| **Adrese:** |  |
| **Sertifikāts derīgs** (no – līdz): |  |
| **Prakses nosaukums un adrese:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi:** | |
| **Vārds, uzvārds:** |  |
| **Personas kods:** |  |
| **Tālrunis:** |  |
| **E-pasts:** |  |
| **Adrese:** |  |
| **Sertifikāts derīgs** (no – līdz) |  |

1. Pretendents pretendē uz šādām kompensācijām (atbilstošo atzīmēt):

Ģimenes ārsts, kurš nodod praksi:

ģimenes ārsta prakses nodošanas kompensācija par specifisko zināšanu, informācijas un pieredzes nodošanu (trīs mēnešus katru mēnesi 50% apmērā no vidējās iepriekšējo 12 mēnešu periodā izmaksātās summas, ko NVD samaksā ģimenes ārsta praksei katru mēnesi)

Ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi:

ģimenes ārsta prakses pārņemšanas kompensācija par specifisko zināšanu, informācijas un pieredzes nodošanu (trīs mēnešus ir ārstniecības personas vienas zemākās mēnešalgas apmērā, kuru izmaksā pēc kompensācijas līguma noslēgšanas)

2. Ģimenes ārsta prakses nosaukums un adrese (norādīt atbilstošu juridisko status), kur strādāšu pēc zināšanu, informācijas un pieredzes pārņemšanas procesa noslēgšanās, un līguma ar Nacionālo veselības dienestu par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu noslēgšanas (aizpilda ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Piezīmes:*

3. ***(Aizpilda, ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi*** *(t.sk. ja ir saimnieciskās darbības veicējs, t.sk.juridiska persona)* ***un Pretendenta pieteikumam nepievieno veidlapas izdruku)*** *De minimis* atbalsta uzskaites sistēmas (www.vid.eds.gov.lv) uzskaites veidlapas identifikācijas numurs

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Piezīmes:*

4.Atbildi par Darba grupas lēmumu nosūtīt uz šādu e-pasta adresi:

Ģimenes ārsts, kurš nodod praksi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ģimenes ārsts, kurš nodod praksi:** | **Ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi:** |
| Apliecinu, ka kompensācijas saņemšanas brīdī būšu sasniedzis pensijas vecumu | Apliecinu, ka kompensācijas saņemšanas brīdī nebūšu sasniedzis pensijas vecumu. |
|  | Apliecinu, ka no 2020.gada 12.marta līdz pieteikuma iesniegšanas brīdim neesmu strādājis par ģimenes ārstu ģimenes ārsta praksē Latvijā (izņemot gadījumu, ja ģimenes ārsts, kas pārņem ģimenes ārsta praksi, ir aizvietojis prombūtnē esošu ģimenes ārstu). |
| Apliecinu, ka pieteikuma parakstīšanas dienā saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveidi esmu Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā reģistrēta ārstniecības persona un man ir derīgs sertifikāts ģimenes ārsta specialitātē; | Apliecinu, ka pieteikuma parakstīšanas dienā saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveidi esmu Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā reģistrēta ārstniecības persona un man ir derīgs sertifikāts ģimenes ārsta specialitātē; |
|  | Apliecinu, ka noslēdzoties prakses pārņemšanai, kas ilgst ne mazāk kā trīs mēnešus, ar Nacionālo veselības dienestu tiks noslēgts līgums par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, vai tiks noslēgts darba līgums ar ārstniecības iestādi, kurā sniegšu valsts apmaksātos ģimenes ārsta pakalpojumus. |
| Ar šī pieteikuma parakstīšanu apliecinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa un nepamatotu ziņu sniegšanā uzņemos pilnīgu atbildību. Piekrītu Projekta ietvaros izmantot augstāk sniegto informāciju un pārbaudīt manus personas datus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par fizisku personu datu aizsardzību. | Ar šī pieteikuma parakstīšanu apliecinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa un nepamatotu ziņu sniegšanā uzņemos pilnīgu atbildību. Piekrītu Projekta ietvaros izmantot augstāk sniegto informāciju un pārbaudīt manus personas datus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par fizisku personu datu aizsardzību. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aizpildīšanas datums  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pretendenta – ģimenes ārsta, kurš nodod praksi, paraksts /atšifrējum | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aizpildīšanas datums  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pretendenta – ģimenes ārsta, kurš pārņem praksi, paraksts /atšifrējums/ |

**Aizpilda Ārstniecības iestāde:**

**Ārstniecības iestāde apliecina, ka ar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

*(Pretendenta (*ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi) *vārds, uzvārds, vai nosaukums )*

1. Ārstniecības iestāde ir informēta, ka saskaņā ar Ministru kabineta 2020.gada 17.decembra noteikumu Nr.802[[1]](#footnote-1) 37.4.1.apakšpunktā (turpmāk – Noteikumi Nr.802) noteikto, kompensācija ģimenes ārsta prakses pārņemšanai par specifisko zināšanu, informācijas un pieredzes pārņemšanu piešķirama saskaņā ar Komisijas Regulu Nr.1407/2013[[2]](#footnote-2), ja ārstniecības persona – ģimenes ārsts – ir uzskatāma par komercsabiedrību Komercdarbības atbalsta kontroles likuma izpratnē, tādējādi minētā kompensācija uzskaitāma kā   
   *De minimis* atbalsts komercsabiedrībai, proti, ģimenes ārsta praksei, kura pārņem praksi.
2. Ārstniecības iestāde ir informēta un apzinās, ka *De minimis* atbalstu piešķir:
   1. ievērojot regulas Nr. 1407/2013 1. panta 1.punktā minētos nozaru un darbības ierobežojumus;
   2. Veselības ministrija pirms *De minimis* atbalsta piešķiršanas pārbauda, vai atbalsta saņēmējam minētais atbalsts nepalielina attiecīgajā fiskālajā gadā, kā arī iepriekšējos divos fiskālajos gados saņemtā *De minimis* atbalsta kopējo apmēru līdz līmenim, kas pārsniedz regulas Nr. 1407/2013 3. panta 2. punktā noteikto maksimālo *De minimis* atbalsta apmēru. Izvērtējot atbalsta apmēru, vērtē saņemto *De minimis* atbalstu viena vienota uzņēmuma līmenī atbilstoši regulas Nr. 1407/2013 2. panta 2. punktā minētajiem kritērijiem.

Ārstniecības iestādes paraksttiesīgā persona:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(vārds, uzvārds) (paraksts)*

1. Ministru kabineta 2020.gada 17.decembra noteikumi Nr.802 "Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.7. specifiskā atbalsta mērķa "Atbalsts ārstniecības personām, kas nodrošina pacientu ārstēšanu sabiedrības veselības krīžu situāciju novēršanai" īstenošanas noteikumi". [↑](#footnote-ref-1)
2. Komisijas 2013.gada 18.decembra Regula (ES) Nr.1407/2013 par Līguma par Eiropas Savienības darbību 107. un 108.panta piemērošanu de minimis atbalstam (ES Oficiālais Vēstnesis, 2013.gada 24.decembris Nr.L 352) [↑](#footnote-ref-2)