

Evidenční číslo		
D/		
poř. číslo	rok	pracoviště

Darovací smlouva

dle ustanovení § 2055 a následujících zák. č. 89/2012 Sb. v platném znění /Občanského zákoníku/

uzavřená níže uvedeného dne, měsíce a roku

Smluvní strany

Mölnlycke Health Care s.r.o.

se sídlem: Hájková 22, 130 00 Praha 3

zastoupená: ing. Jiří Nedoma, jednatel

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u rejstříkového soudu v Praze, spisová značka: C 59918

IČO: 25671839

DIČ: CZ25671839

Peněžní ústav: Komerční banka

Číslo účtu:

dále jen **dárce**

a

Všeobecná fakultní nemocnice

se sídlem: U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

zastoupená: prof. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA, ředitel

IČO: 00064165

IČO: CZ00064165

Peněžní ústav: Česká národní banka

Číslo účtu:

Variabilní symbol:

dále jen **obdarovaný**

I. Účel smlouvy

1. Dárce poskytne obdarovanému pro zdravotnické účely dar formou finanční částky ve výši 60.000,- Kč, slovy šedesáttisíc korun českých.

Použití daru ve smyslu uvedeného účelu bylo dohodou smluvních stran stanoveno následovně:

K pokrytí nákladů účasti 1 osob (lékař II. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN) na vzdělávací akci – konference WUWHS, která se koná 8.-12.3.2020 v Abu Dhabí, Spojené Arabské Emiráty. Do nákladů je započítán registrační poplatek/cena kurzu, ubytování a cestovné.

II. Převzetí daru

1. Obdarovaný uvedený dar přijímá se všemi právy a povinnostmi, součástmi a příslušenstvím, prohlašuje, že předmět darování použije dle smlouvou stanoveného účelu.
2. Předání daru v případě poskytnutí finanční částky bude uskutečněno formou převodu finanční částky, platebního příkazu ve prospěch bankovního účtu obdarovaného, jak je shora uvedeno.

3. Obdarovaný se zavazuje předložit závěrečné vyúčtování darovaných prostředků do 30 dnů po uskutečnění uvedené vzdělávací akce. Prostředky, které nebyly vyčerpány v souladu s čl. I této smlouvy, zároveň poukáže zpět na účet Dárce do 30 dnů po uskutečnění uvedené vzdělávací akce.

III. Závěrečná ustanovení

1. Právní vztahy mezi smluvními stranami se řídí českým právním řádem, především ustanoveními občanského zákoníku. Darování je uskutečněno v souladu s ustanoveními § 20, odst. 8. zákona o dani z příjmu č. 586/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů, kdy dárce může hodnotu daru odečíst od základu daně.
2. Dárce a obdarovaný shodně prohlašují, že darovací smlouvu uzavřeli podle své pravé a svobodné vůle, určitě a vážně. Smlouva je vypracována ve dvou vyhotoveních, stejného obsahu a právní závaznosti. Každá ze smluvních stran po potvrzení smlouvy podpisy oprávněných osob (statutárních zástupců) obdrží jedno vyhotovení smlouvy.

Dárce

V Praze dne 11. 10. 2019

_____ podpis

Obdarovaný

v Praze dne 22. 10. 2019



_____ podpis

prof. MUDr. Pavel Michálek, Ph.D., D.E.S.A., M.Sc

na základě plné moci

Formulář žádosti o poskytnutí grantu:

Vzdělávací grant – vzdělávací akce organizované třetí stranou

Společnost Mölnlycke Health Care s.r.o. dodržuje Etický kodex (Code of Ethical Business Practice) asociace MedTech Europe, který stanovuje přísná, jasná a transparentní pravidla pro vztah našeho odvětví se zdravotnickými pracovníky a zdravotnickými organizacemi, včetně podpory nezávislého zdravotnického vzdělávání prostřednictvím grantů. Další informace o etickém kodexu asociace MedTech Europe jsou k dispozici na webových stránkách <http://www.medtecheurope.org/industry-themes/topic/93>.

Pokyny – k prostudování před vyplněním formuláře

- Grantové žádosti je třeba odevzdat alespoň 60 dní před konáním akce/aktivity včetně veškerých podkladů.
- Upozorňujeme, že není zaručeno poskytnutí plné výše požadované částky. Společnost Mölnlycke Health Care s.r.o. může žádost zamítnout, schválit v plné výši nebo schválit nižší výši, a to výhradně na základě vlastního uvážení.
- Vyplněný a podepsaný formulář včetně všech požadovaných podkladů je třeba odeslat poštou na adresu společnosti nebo e-mailem na adresu: info.cz@molnlycke.cz

1. Údaje o žadateli	
Úplný název organizace	VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA
DIČ	CZ00064165
Adresa	U Nemocnice 499/2, Praha 2, PSČ 128 08
Obor činnosti (uvedte prosím popis vzdělávacího nebo vědeckého poslání organizace, oboru činnosti, významných projektů nebo příkladů významné spolupráce)	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze poskytuje na svých pracovištích základní, specializovanou a zvlášť specializovanou léčebnou, ambulantní a diagnostickou péči dětem i dospělým. Na II. Chirurgické klinice se věnujeme chirurgické léčbě kardiovaskulárních onemocnění a pak i sanaci/léčbě defektů dolních končetin (vzniklé na podkladě žilní insuficience, ischemické choroby dolních končetiny, diabetické nefropatie...). V roce 2018 byl schválen a zahájen projekt léčby dlouhodobě se nehojících se ran pomocí amniové membrány, který dále pokračuje. Projekt byl vytvořen ve spolupráci s tkáňovou bankou FN Motol. První výsledky byly prezentovány na kongrese hojení ran v Pardubicích v lednu 2019.

Kontaktní osoba, která žádost podává Jméno a příjmení: Pracovní pozice: Telefonní číslo: E-mail:	MUDr. Svobodová Alžběta Chirurg, II. Chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie VFN Praha Tel.: :
2. Podrobnosti o grantové žádosti	
Typ grantu (zaškrtněte příslušné políčko)	Podpora účasti zdravotnických pracovníků na vzdělávací akci organizované třetí stranou (dále jen „vzdělávací akce“).
Léčebná nebo diagnostická oblast	Péče o chronické a akutní rány a defekty
Podrobně popište, jak bude grant použit (např. počet zdravotnických pracovníků, kterým je podpora určena, průměrná navrhovaná částka na zdravotnického pracovníka na pokrytí letů (v Kč nebo EUR), průměrná navrhovaná částka na zdravotnického pracovníka na pokrytí registračních poplatků (v Kč nebo EUR) apod.). <ul style="list-style-type: none">Požadované podklady: přehled rozpočtu	1 PRACOVNÍK: Kongresový poplatek: 680 € Letenky: 600 € Ubytování: 1000 €
Výše financování požadovaná od společnosti Mólnycke Health Care s.r.o.	60.000,-Kč
Kontaktní osoba zodpovědná za finanční správu grantových prostředků (např. finanční oddělení žadatele, nezávislí auditoři atd.)	p. Šepsová Eva, Grantové oddělení
Údaje o bankovním účtu (Účet musí být veden jménem organizace, která podává žádost, a ne jménem jednotlivce.)	Název banky: Česká národní banka Země banky: Česká republika Držitel účtu: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Číslo účtu:

3. Podrobnosti o vzdělávací akci	
Název	World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) 2020 Congress
Data	Datum zahájení (dd/mm/yyyy): 8.3.2020 Datum ukončení (dd/mm/yyyy): 12.3.2020
Zeměpisná lokalita konání	Město: Abu Dhabi Stát: United Arab Emirates
Webové stránky:	http://www.wuwhs2020.com/
Cíl vzdělávací akce: Podrobně popište rozsah, účel a očekávaný výsledek programu. <ul style="list-style-type: none"> Požadované podklady: nejaktuálnější verze programu 	Rozšíření znalostí v oblasti hojení ran, načerpání nových poznatků a nových metod ošetřování, které budou aplikovány ve stávajícím projektu hojení ran pomocí amniové membrány a začleněny do standardních protokolů převazování. Aktuální program: http://www.wuwhs2020.com/scientific-program
Cílové publikum vzdělávací akce	Mezinárodní
5. Předchozí grantová podpora	
Požádala vaše organizace už dříve o financování od společnosti Mölnlycke Health Care s.r.o. nebo toto financování obdržela?	ANO
Pokud ANO, uveďte částku, datum a účel požadovaného/přiděleného grantu?	The European Wound Management Association Conference 2019 37000,- 22.2.2019
6. Poznámky	
7. Podklady	
K formuláři připojte následující podklady: <ul style="list-style-type: none"> kopii nejaktuálnějšího předběžného programu, pořadu jednání nebo komunikačních materiálů týkajících se vzdělávací akce – viz odkaz předběžný rozpočet ukazující, jak budou finanční prostředky použity – viz příslušná sekce 	

Prohlašuji, že:

Formulář byl vyplněn jménem žadající organizace.

Informace uvedené v tomto formuláři a podkladech jsou pravdivé a správné.

Grantová žádost není žádným způsobem implicitně ani explicitně spojena s minulým, současným ani potenciálním budoucím nákupem, pronájmem, doporučením, předepsáním, použitím, dodávkou nebo pořízením produktů nebo služeb společnosti.

8.10.2019

MARKETING 9.10.2019

SKVALITY

9.10.2019

Datum 8.10.2019

Jméno MUDr. Svobodová Alžběta

Podpis
