**Přihláška k řádnému členství**

**v Asociaci poskytovatelů krizové pomoci**

právnické osoby

**Základní údaje**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název** |  |
| **Sídlo** |  |
| **Právní forma** |  |
| **IČ** |  |
| **Adresa sídla** |  |
| **Popis organizace** **a její činnosti** |  |

**Statutární orgán**

|  |  |
| --- | --- |
| **Statutární orgán** |  |
| **Jméno, Příjmení** |  |

**Osoba oprávněná jednat v rámci APKP za organizaci**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, Příjmení** |  |
| **Pozice v organizaci** |  |

**Kontakty**

|  |  |
| --- | --- |
| **Korespondenční adresa** **(je-li odlišná od adresy sídla)** |  |
| **Telefon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Web** |  |
| **Odkaz na poslední****Výroční zprávu** |  |

**Poskytované služby**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sociální služby registrované dle zákona 108/2006 Sb.,** **datum zahájení jejich poskytování** |  |
| **Zdravotnické služby, číslo registrace zařízení na KÚ, datum zahájení jejich poskytování**  |  |
| **Školské služby,****Identifikátor v Rejstříku š.aš.z.,** **datum zahájení jejich poskytování** |  |
| **Registrace dle zákona 359/1999Sb.** **od – do**  |  |
| **Další služby, druh, akreditace, oprávnění, registrace,** **datum zahájení jejich poskytování** |  |

**Personální zajištění poskytování KI v organizaci**

|  |  |
| --- | --- |
| **Názvy pracovních pozic,** **požadavky na odborné vzdělání, požadavky na výcvik v KI (akreditace, rozsah)** |  |

### Motivační dopis

Napište prosím, co od členství v APKP očekáváte, na jakých jejích aktivitách se máte zájem podílet, jaké podněty přinášíte a cokoliv dalšího, co nám chcete sdělit. Děkujeme.

|  |
| --- |
|  |

### Dotazník

Dotazník je věnovaný oblasti krizové intervence a jeho účelem je mapování poskytování KI v České republice pro účely další činnosti APKP. Děkujeme za jeho vyplnění.

|  |  |
| --- | --- |
| **Popis poskytování****KI v organizaci** |  |
| **Forma poskytované služby KI**  |  |
| **Počet klientů /kapacita lůžek** |  |
| **Počet úvazků personálního zajištění poskytování KI**  |  |
| **Regionální působnost** |  |
| **Následné služby, se kterými organizace v souvislosti s KI spolupracuje** |  |
| **Cokoliv dalšího, co nám ohledně KI chcete sdělit** |  |

### Žádám o přijetí za člena Asociace poskytovatelů krizové pomoci.

### Jako osoba oprávněná jednat za uvedenou organizaci:

### - souhlasím se stanovami APKP a zavazuji se je dodržovat

**- jsem si vědom povinnosti neprodleně oznámit všechny změny údajů uvedených v této přihlášce**

**- souhlasím, že APKP bude se zpracovávanými údaji nakládat v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.**

**V** …………………………………………….. **dne** ……………………………………………

**Podpis statutárního orgánu/ zmocněné osoby**

…………………………………………………………………………………….……............

Řádně vyplněný a podepsaný formulář přihlášky pošlete prosím naskenovaný elektronicky na adresu asociacepkp@gmail.com.

Přihlášku projedná Výbor APKP na svém nejbližším jednání a poté budete elektronicky vyrozuměni o výsledku.

Děkujeme za váš zájem vstoupit do naší asociace.