

# Výběrové řízení na rezidenční místo

Název a adresa vyhlášovatele s rezidenčním místem - poskytovatele zdravotních služeb \*

KALIXOVÁ s.r.o. Jindřichova 337 Děčín 40505

Seznam rezidenčních míst včetně oboru specializačního vzdělávání \*

1.rezidenční místo v oboru všeobecné praktické lékařství

Termín vyhlášení výběrového řízení - začátek \*

8. 6. 2026

Termín pro podání přihlášek - konec \*

29. 6. 2026

*Lhůta pro podání přihlášek - nesmí být kratší než 15 pracovních dní od dne vyhlášení.*

Odkaz do sekce na webových stránkách, kde je výběrové řízení umístěno. \*

*Pokud využijete SVL nebo SPL ČR prosím vyplňte [www.svl.cz](http://www.svl.cz) a [www.splcr.cz](http://www.splcr.cz)*

[www.kalixova.cz](http://www.kalixova.cz) , [www.svl.cz](http://www.svl.cz), [www.splcr.cz](http://www.splcr.cz)

Místo pro podání přihlášek \*

Jindřichova 337 Děčín

PSČ \*

405 05

E-mail \*

ordinacekalix@seznam.cz

Telefon \*

777 868 591

## Přílohy

### Kritéria pro hodnocení uchazeče:

a) zájem o práci v oboru VPL	1-10 bodů
b) zájem o výkon povolání v daném regionu	1-10 bodů
c) předpoklady a znalosti důležité z hlediska VPL	1-10 bodů
d) komunikační schopnosti	1-10 bodů
Celkem	4-40 bodů

### Způsob hodnocení:

PODPRŮMĚRNÉ hodnocení 1-3 body - PRŮMĚRNÉ hodnocení 4-6 bodů - NADPRŮMĚRNÉ hodnocení 7-10 bodů

Stanovuje se pořadí kandidátů podle počtu získaných bodů (minimum 4 - maximum 40 bodů)

### Seznam dokladů, které uchazeči přikládají k přihlášce:

1) Přihláška do výběrového řízení na místo rezidenta
2) Osobní dotazník rezidenta
3) Potvrzení o zařazení do oboru VPL (nebo doklad o zaslání žádosti na MZ ČR)
4) Kopie dokladu o získání odborné způsobilosti, specializované způsobilosti nebo zvláštní odborné způsobilosti (pokud ji získal)
5) Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání (ne starší 3 měsíců)
6) Výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců)
7) Přehled odborné praxe

Souhlasím s uveřejněním na [www.svl.cz](http://www.svl.cz) a [www.splcr.cz](http://www.splcr.cz) a v dalších médiích a se zpracováním a uchováváním údajů pro zabezpečení komunikace mezi mnou a SVL ČLS JEP, SPL ČR a pro potřeby AK VPL MZ ČR. Kliknutím na ikonu odeslat bude tento formulář automaticky odeslán na následující adresy: [svl@cls.cz](mailto:svl@cls.cz), [spl@zdravotnictvi.cz](mailto:spl@zdravotnictvi.cz), [rezidencnimista@mzcr.cz](mailto:rezidencnimista@mzcr.cz).

Místo \*

Děčín

Datum \*

08.06.2026

Podpis \*

MUDr.Lechtýnská Kalixová