**Formulář žádosti o schválení a zařazení nového přístroje**

**Kategorie I:**

**Obnova stávajícího přístroje identického typu ve stejném místě a provozovaného stejným poskytovatelem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Žadatel** | 1 | Žadatel | **Fakultní nemocnice Olomouc** |
| 2 | IČ | **00098892** |
| 3 | Zřizovatel | **Ministerstvo zdravotnictví ČR** |
| 4 | Adresa | **I. P. Pavlova 185/6, Olomouc** |
| 5 | Statutární zástupce | **prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.** |
| 6 | Telefon | **588 443 151** |
| 7 | E-mail | **roman.havlik@fnol.cz** |
| **Přístroj** | 8 | Typ přístroje | **…………………………………..** |
| 9 | Technická specifikace | **Viz samostatná příloha č. 1** |
| 10 | Výrobce | **OBMI nebo Odborný garant KLINIKY**  **V rámci průzkumu trhu byli osloveni tito potenciální dodavatelé, výrobci:**  **……..**  **……..**  **………**  **…….**  **Cenovou nabídku v rámci průzkumu trhu zaslali:**  **……….**  **………….**  **……..** |
| 11 | Účel provozu | **Odborný garant KLINIKY** |
| 12 | Životnost | **Odborný garant KLINIKY** |
| **Potřeba** | 13 | Využití u poskytovatele | **Odborný garant KLINIKY** |
| 14 | Návaznost na obory | **Odborný garant KLINIKY** |
| 15 | Součást specializovaného centra | **Odborný garant KLINIKY** |
| 16 | Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí | **Odborný garant KLINIKY** |
| 17 | Spádová oblast, populace | **Odborný garant KLINIKY** |
| **Náklady na provoz** | 18 | Sumární platby ZP v uplynulém roce | **Mgr. Aleksičová** |
| 19 | Sumární platby ZP za poslední 3 roky | **Mgr. Aleksičová** |
| 20 | Průměrný měsíční náklad pro ZP | **Mgr. Aleksičová** |
| 21 | Počet výkonů/měsíc | **Mgr. Aleksičová** |
| 22 | Počet ošetřených pojištěnců za měsíc | **Mgr. Aleksičová** |
| 23 | Náklady ZP na jedno vyšetření | **Mgr. Aleksičová** |
| 24 | Náklady ZP na jednoho pojištěnce | **Mgr. Aleksičová** |
| 26 | Smlouvy se ZP | **Všechny zdravotní pojišťovny - 111, 201, 205, 207, 209, 211, 213** |
| **Pořizovací cena** | 27 | Nákupní cena | **OBMI nebo Odborný garant KLINIKY - dle výsledků průzkumu trhu**  **Předpokládaná hodnota na pořízení nového přístroje CT přístroje je stanovena jako průměrná hodnota z obdržených cenových nabídek, které byly doručeny v rámci marketingového průzkumu trhu, a činí …………. Kč bez DPH tj. ………….. včetně DPH za poptávaný přístroj - více viz příloha č. 2 Průzkum trhu** |
| 28 | Roční náklady na servis | **OBMI nebo Odborný garant KLINIKY - dle výsledků průzkumu trhu**  **Předmětem veřejné zakázky na dodávku přístroje budou i náklady na poskytování pozáručního servisu přístroje (plné servisní pokrytí včetně dodávek všech náhradních dílů) prováděný po dobu dalších 6 let, po ukončení záruční doby. Tyto náklady budou součástí nabídkové ceny. Odhad ročních nákladů na pozáruční servis činí ……………. Kč bez DPH tj. ……………….Kč včetně DPH (z výsledků průzkumu trhu).** |
| 29 | Ostatní nezbytné náklady | **Odborný garant KLINIKY**  **Nově pořízený přístroj bude umístěn ……………………………………………………….. Fakultní nemocnice Olomouc. Tento prostor bude předem stavebně upraven, budou zde provedeny stavební úpravy celé kliniky. Tyto úpravy budou realizovány na základě samostatné veřejné zakázky.**  **Předpokládaná hodnota …………..,-Kč** |
| 30 | Roční náklady na spotřební materiál | **OBMI nebo Odborný garant KLINIKY - z průzkumu trhu**  **???????????????Pro provoz přístroje nutný žádný speciální zdravotnický materiál, který by byl vázán na výrobce nebo dodavatele přístroje.**  **ANEBO**  **Součástí dodávky přístroje bude i dodávka spotřebního materiálu………………………. , jejichž vyčíslení odpovídá nabídkové ceně z již zrealizované veřejné zakázky na stejný předmět plnění a odpovídá nákladům ve výši ……………… Kč včetně DPH.** |
| 31 | Způsob financování | **Dotační program REACT** |
| 32 | Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení | **Podrobněji v samostatné příloze č. 2** |
| **Personální zajištění** | 33 | Dedikovaný personál pro provoz přístroje | **Odborný garant KLINIKY** |
| 34 | Je nezbytné navýšení personální kapacity? | **Odborný garant KLINIKY** |
| 35 | Je nezbytná rekvalifikace personálu? | **Odborný garant KLINIKY** |

**Přílohy:**

Příloha č. 1 Technická specifikace přístroje

Příloha č. 2 Průzkum trhu

Příloha č. 3 Studie proveditelnosti

Příloha č. 4 Tabulka žadatel/zdravotní pojišťovny

Příloha č. 5 Čestné prohlášení

V Olomouci dne: …………………..

Podpis osoby oprávněné jednat za žadatele:

**Žádost včetně povinné přílohy se zasílá v písemné formě na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor zdravotních služeb, Ing. Luboš Studnička, Palackého nám. 4   
128 01 Praha 2 nebo datovou schránkou a současně i elektronicky na e-mail:** [**Lubos.Studnicka@mzcr.cz**](mailto:Lubos.Studnicka@mzcr.cz)