



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 Hradec Králové
	2	IČ	00179906
	3	Zřizovatel	Ministerstvo zdravotnictví ČR
	4	Adresa	Sokolská 581, Hradec Králové - Nový Hradec Králové, 500 05
	5	Statutární zástupce	████████████████████ c.
	6	Telefon	+420 ██████████
	7	E-mail	v ██████████
Přístroj	8	Typ přístroje	Diagnostický mamograf
	9	Technická specifikace	viz. příloha č.1
	10	Výrobce	Hologic, GE, Siemens
	11	Účel provozu	Výkony pro veřejné zdravotní pojištění
	12	Životnost	8 let
Potřeba	13	Využití u poskytovatele	100%
	14	Návaznost na obory	Onkologie, Onkogynekologie,
	15	Součást specializovaného centra	KOC, Onkogynekologické centrum



	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	MUDr. ██████████, Hradec Králové
	17	Spádová oblast, populace	Královéhradecký
Náklady na provoz	18	Sumární platby ZP v uplynulém roce	2.200 tis. Kč
	19	Sumární platby ZP za poslední 3 roky	6.550 tis. Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	210 tis. Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	Cca 450 výkonů
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	cca 250
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	410 Kč na výkon
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	750 Kč na 1 URČ
	26	Smlouvy se ZP	se všemi ZP
Požizovací cena	27	Nákupní cena	8.265 tis. Kč bez DPH / 10.000 tis. Kč vč. DPH se zárukou 36 měsíců
	28	Roční náklady na servis	cca 425 tis. Kč
	29	Ostatní nezbytné náklady	Ne
	30	Roční náklady na spotřební materiál	cca 1.000 tis. Kč
	31	Způsob financování	Pořízení přístroje je plánováno jako



			součást projektu IROP z dotace ERDF (85%), SR (10%) a z vlastních zdrojů (5%).
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	viz. příloha č.2
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	blíže informace ve studii proveditelnosti
	34	Je nezbytné navýšení personální kapacity?	ne
	35	Je nezbytná rekvalifikace personálu?	ne

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno.

V: Hradci Králové

dne: 15.4.2019

_____ podpis osoby oprávněné zastupovat za žadatele

Nedílnou součástí této žádosti je Příloha: studie proveditelnosti, kterou vyhotoví žadatel

Žádost včetně povinné přílohy se zasílá v písemné formě na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor zdravotních služeb, _____, Palackého nám. 4 128 01 Praha 2 nebo datovou schránkou a současně i elektronicky na e-mail: _____