**Žádost o schválení umístění přístrojového vybavení a jeho zařazení do systému veřejného zdravotního pojištění**

Nová kapacita  □ Obnova □ Upgrade stávajícího přístroje □ Havárie □

*(zaškrtněte vyhovující)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Žadatel** | 1 | Název  |   |
| 2 | IČO |   |
| 3 | Zřizovatel |   |
| 4 | Adresa |   |
| 5 | Statutární orgán |   |
| 6 | Telefon |   |
| 7 | E-mail |   |
| **Přístroj** | 8 | Požadovaný přístroj |   |
| 9 | Technická specifikace přístroje  |  |
| 10 | Výrobce dle průzkumu trhu/poptávkového řízení  |   |
| 11 | Účel provozu |   |
| 12 | Předpokládaná životnost přístroje |   |
| 13 | Plánované umístnění přístroje *(město)* |  |
| **Potřeba** | 14 | Využití u poskytovatele |   |
| 15 | Návaznost na obory |   |
| 16 | Součást Centra vysoce specializované péče *(pokud ano, vypište)[[1]](#footnote-2)* |   |
| 17 | Vzdálenost od stejných či obdobných přístrojů v okolí |   |
| 18 | Spádová oblast, populace |   |
| **Očekávané náklady na provoz** | 19 | Očekávané platby zdravotních pojišťoven na jeden rok |   |
| 20 | Průměrný měsíční náklad pro zdravotní pojišťovny |   |
| 21 | Počet výkonů za rok |   |
| 22 | Počet ošetřených pojištěnců za rok |   |
| 23 | Náklady zdravotních pojišťoven na jedno vyšetření |   |
| 24 | Náklady zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce |   |
| 25 | Smlouvy se zdravotními pojišťovnami |   |
| **Pořizovací cena** | 26 | Nákupní cena s DPH *(uveďte průměrnou nabízenou cenu)* |   |
| 27 | Nákupní cena bez DPH *(uveďte průměrnou nabízenou cenu)* |  |
| 28 | Roční náklady na servis |   |
| 29 | Roční náklady na spotřební materiál  |   |
| 30 | Ostatní nezbytné náklady  |   |
| 31 | Způsob financování |   |
| 32 | Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení *(přehled cen za jednotlivé nabídky)* |   |
| **Personální zajištění** | 33 | Je nezbytné navýšení personálních kapacit? |   |
| 34 | Je nezbytná rekvalifikace personálu? |   |

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

V ……………. dne …………….

­­­­­­­­­­

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Jméno statutárního orgánu*

*Funkce* *statutárního orgánu*

Nedílnou součástí této žádosti je studie proveditelnosti, čestné prohlášení o předání konečné pořizovací ceny přístroje, čestné prohlášení o souhlasu s provedením auditu a prohlášení souhlasu se zpracováním žádosti.

**Žádost včetně povinných příloh zašlete** v písemné formě prostřednictvím datové schránky (ID DS: pv8aaxd) nebo poštou k rukám tajemnice Ing. Veroniky Stejskalové, oddělení kvality zdravotní péče, odbor zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví, Palackého náměstí 375/4, 128 00 Praha 2.

Současně o odeslání žádosti informujte tajemnici e-mailem (veronika.stejskalova@mzd.gov.cz).

1. § 112 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. [↑](#footnote-ref-2)