



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	Nemocnice TGM Hodonín, p. o.
	2	IČ	00226637
	3	Zřizovatel	Jihomoravský kraj
	4	Adresa	Purkyňova 11, 695 26 Hodonín
	5	Statutární zástupce	██████████
	6	Telefon	██████████
	7	E-mail	██████████z
Přístroj	8	Typ přístroje	Skiagrafický RDG přístroj
	9	Technická specifikace	Skiografie viz. Příloha č.3 Žádosti
	10	Výrobce	Po realizaci veřejné zakázky
	11	Účel provozu	RDG vyšetřování
	12	Životnost	10 let
Potřeba	13	Využití u poskytovatele	Maximální, provoz 24 hodin denně
	14	Návaznost na obory	Na všechny stávající obory nemocnice



	15	Součást specializovaného centra	NE
	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	0
	17	Spádová oblast, populace	153 000
Náklady na provoz	18	Sumární platby ZP v uplynulém roce	4 971 675,- Kč
	19	Sumární platby ZP za poslední 3 roky	14 269 303,- Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	414 306,- Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	2 750
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	979
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	151,- Kč
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	423,- Kč
	26	Smlouvy se ZP	Se všemi ZP
Pořizovací cena	27	Nákupní cena	8.000.000,- Kč
	28	Roční náklady na servis	400.000,- Kč (po ukončení záruční doby)
	29	Ostatní nezbytné náklady	56.000,- Kč



	30	Roční náklady na spotřební materiál	---
	31	Způsob financování	Příspěvek od zřizovatele - JMK
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	Předpoklad 8.000.000,- Kč vč. DPH
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	Zajištěno
	34	Je nezbytné navýšení personální kapacity?	Není
	35	Je nezbytná rekvalifikace personálu?	není

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

V: Hodoníně

dne: 15.8.2019

Nemocnice TGM Hodonín
příspěvková organizace
Purkyňova 11,
695 26 Hodonín

podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

ředitel nemocnice

Nedílnou součástí této žádosti je :

Příloha 1: Studie proveditelnosti

Příloha 2 : Čestné prohlášení

Příloha 3 : Technická specifikace skiografu

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