Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Стоматологічна допомога дорослим та дітям»**

З метою проведення аналізу наявного медичного обладнання, персоналу, ліцензій, дозвільних документів, необхідних для надання медичних послуг, а також підрядників, які будуть залучені до надання медичних послуг, надсилаємо наступну інформацію:

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва поля для заповнення** | **Інформація, зазначена суб’єктом господарювання** |
| 1. КОД ЄДРПОУ
 |  |
| 1. Повна назва закладу
 |  |
| 1. Організаційно правова форма
 |  |
| 1. Керівник закладу
 |  |
| 1. Підстава, відповідно до якої діє підписант договору, ФОП вказує № та дату виписки з ЄДР (вводиться за шаблоном: №\_\_ від\_\_\_\_)
 |  |
| 1. Ліцензія на медичну практику
 |  |
| 1. IBAN
 |  |
| 1. Строк дії договору
 |  |
| **Перелік залучених осіб** |
| 1. Коди ЄДРПОУ підрядників.
 |  |
| **Вимоги до організації надання послуги** |
| 1. Забезпечення проведення інструментальних досліджень, зокрема внутрішньоротової рентгенографії, позаротової рентгенографії, у закладі.
 |  |
| 1. Взаємодія з іншими надавачами медичних послуг для своєчасного та ефективного надання допомоги пацієнтам.
 |  |
| 1. Обов’язкове інформування пацієнта щодо можливості отримання інших необхідних медичних послуг безоплатно за рахунок коштів програми медичних гарантій.
 |  |
| 1. Інформування пацієнтів щодо можливостей профілактики та лікування, залучення пацієнтів до прийняття рішень щодо їх здоров'я, узгодження плану лікування з пацієнтами відповідно до їх очікувань та можливостей.
 |  |
| 1. Наявність затвердженої програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов’язаним з наданням медичної допомоги, відповідно до чинних наказів МОЗ.
 |  |
| 1. Наявність локальних документів з інфекційного контролю за особливо небезпечними інфекційними хворобами (ОНІХ) та запобігання їх розповсюдженню з обов’язково відпрацьованим сценарієм щодо впровадження протиепідемічного режиму у ЗОЗ та його суворого дотримання в організації роботи та наданні медичної допомоги в умовах виникнення пандемії, а також у випадку виникнення осередку інфікування ОНІХ (зокрема, гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2).
 |  |
| 1. Наявність внутрішньої системи управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації і проведення відповідно до чинного законодавства із здійсненням безперервного моніторингу індикаторів оцінки та критеріїв доступності, якості, безпеки надання медичної допомоги за напрямом її надання, ефективного контролю та управління якістю ЗОЗ для забезпечення прав пацієнта/пацієнтки на отримання медичної допомоги необхідного обсягу та належної якості.
 |  |
| 1. Забезпечення оцінки стану здоров’я пацієнта/пацієнтки, в тому числі виявлення ознак насильства та дотримання вимог законодавства у сфері протидії насильству.
 |  |
| 1. Дотримання прав людини у ЗОЗ відповідно до рекомендацій Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та положень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенції про права осіб з інвалідністю, Конвенції про права дитини та інших міжнародних договорів ратифікованих Україною.
 |  |
| **Інформація щодо Вимоги до переліку обладнання у закладі** |
| 1. Система рентгенівська діагностична та/або дентальний рентген апарат;
 |  |
| 1. Загальна кількість систем рентгенівських діагностичних та дентальних рентген апаратів
 |  |
| 1. Портативний дефібрилятор з функцією синхронізації
 |  |
| **Інші вимоги** |
| 1. Наявність ліцензії на право провадження діяльності з використання джерел іонізуючого випромінювання (експлуатація, зберігання, отримання) або державна реєстрація джерел іонізуючого випромінювання в Державному регістрі джерел іонізуючого випромінювання (на обладнання, експлуатація якого не потребує ліцензування).
 |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** |
| 1. Вкажіть кількість медичних послуг із стоматологічної медичної допомоги в амбулаторних умовах, передбачених специфікаціями, які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість медичних послуг на місяць)
 |  |
| **Загальні підтвердження** |  |
| 1. Підтвердження, що на момент подання цього звернення заклад має чинну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та відповідає ліцензійним умовам з медичної практики.
 |  |
| 1. Підтвердження, що заклад, уповноважені особи та медичні працівники, які будуть залучені до виконання Договору, зареєстровані в електронній системі охорони здоров’я (далі - Система).
 |  |
| 1. Підтвердження, що установчими або іншими документами не обмежено право керівника Заявника підписувати договори від імені Заявника без попереднього погодження власника. Якщо таке право обмежене, у тому числі щодо укладання договорів, ціна встановлену суму, Заявник повідомить про це Національну службу здоров'я України (далі - НСЗУ) та отримає необхідні погодження від власника до моменту підписання договору зі сторони заявника.
 |  |
| 1. Підтвердження, що ознайомились з умовами закупівлі та специфікацією, визначеними в Повідомленні, і погоджуєтесь на них.
 |  |
| 1. Підтвердження, що інформація, зазначена у цьому Зверненні та доданих до нього документах, а також інформація, внесена до Системи, є повною та достовірною.
 |  |
| 1. Підтвердження, що у разі зміни інформації, зазначеної у цьому зверненні та (або) доданих до нього документах, Заявник зобов’язаний повідомити про такі зміни НСЗУ протягом трьох робочих днів з дня настання таких змін шляхом надсилання інформації про такі зміни на електронну пошту dohovir@nszy.gov.ua з одночасним внесенням таких змін у Систему.
 |  |
| 1. Підтвердження усвідомлення, що законодавством України передбачена відповідальність за подання недостовірної інформації органам державної влади.
 |  |
| **ІНФОРМАЦІЯ** **ПРО МІСЦЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ(застосовуються для кожного МНП окремо)** |
| 1. Місце надання послуг:
 |  |
| **Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців у закладі за кожним МНП** |
| 1. Лікар-стоматолог та/або лікар-стоматолог дитячий, та/або лікар-стоматолог-терапевт, та/або лікар-стоматолог-хірург, та/або лікар зубний, та/або лікар-хірург щелепно-лицьовий – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.
 |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.
 |  |
| **Вимоги до переліку обладнання за кожним МНП** |  |
| 1. стоматологічна установка;
 |  |
| 1. стоматологічне крісло пацієнта;
 |  |
| 1. набір інструментів для проведення трахеотомії;
 |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів;
 |  |
| 1. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку;
 |  |
| 1. термометр безконтактний.
 |  |
| 1. аптечка для надання невідкладної допомоги;
 |  |
| **Включення місць надання послуг в ліцензію на медичну практику.** |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю стоматологія та/або терапевтична стоматологія, та/або хірургічна стоматологія, та/або дитяча стоматологія
 |  |
| 1. Чи має обране місце надання послуг станом на сьогодні експертний висновок щодо доступності осіб з інвалідністю до будівлі та приміщення відповідно до ДБН В.2.2-40:2018?
 |  |
| Разом із звернення також необхідно подати додатки до нього, які слід прикріпити у вигляді сканованих документів у форматі PDF або відомості (посилання) щодо наявності такої інформації в державному реєстрі, базі даних або інших інформаційних ресурсах (загальний розмір файлів не повинен перевищувати 49Мб) |

Подаючи це звернення підтверджую достовірність наданої інформації, відповідність умовам закупівлі, та можливість надавати медичні послуги згідно із специфікацією.

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­-­­­­­­­­­­