



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ



18575062

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví
IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207
Jednající: **Ing. Ladislavem Friedrichem, Csc.**
generálním ředitelem
se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 21 Praha 4
zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze oddíl A, vložka 7232
Bankovní spojení: Komerční banka, a.s., pobočka
Praha 4 č.ú.:10006-18432-071/0100
(dále jen Pojišťovna) na straně jedné a

20/1
4024/59

Domov pro seniory Sokolnice, příspěvková
organizace

Zámecká 57

664 52 Sokolnice

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Poskytovatel sociálních služeb ²⁾ : Domov pro seniory Sokolnice, příspěvková organizace | | |
| IČ: 00209392 | Specifikace ¹⁾ : | IČZ ³⁾ : 73848000 |
| Sídlo : Zámecká 57 | | IČP ³⁾ : |
| Sokolnice | | PSČ : 664 52 |
| Jednající: MUDr. Petr NOVÁČEK | | |

(dále jen Poskytovatel)
na straně druhé
uzavírají po dohodě tento
DODATEK

ke Zvláštní smlouvě ZSS č. **8185478** (dále jen Smlouva)

- Smluvní strany se dohodly, že:
 - čl. **VI. Doba účinnosti Zvláštní smlouvy** se nahrazuje novým textem, který zní: „Tato smlouva se uzavírá na dobu neurčitou.“
 - v čl. **VII Způsob a důvody ukončení Zvláštní smlouvy**, v odst. 1 se v první větě za slova „písemnou výpovědí“ vkládají slova „bez uvedení důvodu s výpovědní lhůtou šest měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně nebo písemnou výpovědí“.
 - v čl. **III. Úhrada poskytované ošetrovatelské péče**, v odst. 8 se název dokladu specifikuje jako VZP-06orp/2009 - Poukaz na vyšetření/ošetření ORP, s tím, že tímto dokladem se vždy myslí obdobný doklad podle aktuální verze metodiky.
- Ostatní ustanovení Smlouvy se nemění.
- Tento Dodatek nabývá platnosti podpisem zástupci smluvních stran a účinnosti od 1.1.2013.
- Dodatek se vyhotovuje ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží po jednom vyhotovení

V Praze dne _____

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Obchodní firma (název) Poskytovatele dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském listu, event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená Poskytovateli uveďte ve zvláštní příloze