



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN  
A STAVEBNICTVÍ



18575176

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

60/1

4024/173

Domov důchodců Bystřany

Pražská 236

417 61 Bystřany

**Poskytovatel sociálních služeb** <sup>2)</sup> : Domov důchodců Bystřany

IČ: 63787725

Specifikace <sup>1)</sup>:

IČZ <sup>3)</sup>: 58713000

Sídlo : Pražská 236

IČP <sup>3)</sup>:

Bystřany

PSČ : 417 61

Jednající: Miroslava BAREŠOVÁ

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

ke Zvláštní smlouvě ZSS č. **13881884** (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