



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  
4024/72

Centrum sociálních služeb města  
Letovice, příspěvková  
**organizace**  
J. Haška 1082/12  
679 61 Letovice

<b>Poskytovatel sociálních služeb</b> <sup>2)</sup> : Centrum sociálních služeb města Letovice, příspěvková organizace		
IČ: 71232745	Specifikace <sup>1)</sup> :	IČZ <sup>3)</sup> : 71801000
Sídlo : J. Haška 1082/12 Letovice		IČP <sup>3)</sup> : PSČ : 679 61
Jednající: Ing. Ivo KUBÍN		

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

ke Zvláštní smlouvě ZSS č. **9264478** (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