



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ



18575064

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

4024/61

Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým
postižením v Brně - Chrlících

Chrlické náměstí 2/2

643 00 Brno 43

Poskytovatel sociálních služeb ²⁾ : Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně - Chrlících

IČ: 13693131

Specifikace ¹⁾:

IČZ ³⁾: 72086000

Sídlo : Chrlické náměstí 2/2

IČP ³⁾:

Brno 43

PSČ : 643 00

Jednající: Ing. Miloš PALEČEK

(dále jen Poskytovatel)

na straně druhé

uzavírají po dohodě tento

DODATEK

ke Zvláštní smlouvě ZSS č. **8185480** (dále jen Smlouva)

1. 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 výpověď“ 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.

2. Ostatní ustanovení Smlouvy se nemění.

3. Tento Dodatek nabývá platnosti podpisem zástupci smluvních stran a účinnosti od 1.1.2013.

4. 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