



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ

44117639



**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**

generální ředitel

se sídlem: **Roškotova 1225/1**

140 21 Praha 4

zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném

Městským soudem v Praze spis. zn. A 7232

Bankovní spojení: Česká národní banka, č. ú.: 2070101041/0710

(dále jen Zdravotní pojišťovna) na straně jedné

a

Kontaktní adresa:

20/10
3233/87

Vojenská nemocnice Brno

Poskytovatel₂ : Vojenská nemocnice Brno		
IČ : 60555530	specifikace ₁₎ :	IČZ₃₎ : 72037000
Sídlo : Zábrdovická 3/3 Brno 36		IČP₃₎ :
		PSC : 636 00
Zástupce :		

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

DODATEK č.1

Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb z preventivního programu ZPP25

(dále jen „Dodatek“)

Článek I.

1. Smluvní strany se níže uvedeného dne, měsíce a roku dohodly na následujících změnách Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb z preventivního programu ZPP25 ze dne 21.5.2020 (dále jen „Smlouva“).

Článek II.

1. Tímto dodatkem se nahrazuje původní příloha č. 1 Smlouvy nazvaná „Popis preventivního programu“ novou přílohou s názvem „Popis preventivního programu“, která je přílohou tohoto dodatku.
2. Ostatní ustanovení Smlouvy zůstávají v platnosti beze změn.

Článek III.

1. Tento dodatek se vyhotovuje ve dvou vyhotoveních s platností originálu, z nichž každá ze smluvních stran obdrží jedno vyhotovení.
2. Tento dodatek nabývá platnosti dnem podpisu obou smluvních stran a účinnosti dnem jeho uveřejnění v registru smluv.
3. Nedílnou součástí tohoto dodatku je příloha s názvem „Popis preventivního programu“.

V Praze dne _____

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Obchodní jméno (obchodní název) Zdravotnického zařízení dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském listu, event. v žádosti o přidělení IČO, příp. dle názvu ve zřizovací listině

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