



**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:

21/6  
3233/14

**Mamografie HB s.r.o.**

<b>Poskytovatel<sub>2)</sub> : Mamografie HB s.r.o.</b>		
<b>IČ : 05573238</b>	specifikace <sub>1)</sub> : 86	<b>IČZ<sub>3)</sub> : 60255001</b>
<b>Sídlo : Vrabčí Trh 187</b> <b>Havlíčkův Brod 1</b>		<b>IČP<sub>3)</sub> :</b>
		<b>PSC : 580 01</b>
<b>Zástupce :</b>		

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

## DODATEK č.1

### Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb z preventivního programu ZPP13 (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 ZPP13 ze dne 29.1.2020 (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. V úvodní části Smlouvy, kde je uvedeno označení smluvních stran a jejich údaje, se u poskytovatele dosavadní text „IČZ: 60255000“ nahrazuje textem „IČZ: 60255001“
3. 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