

**D O D A T E K č. 16**  
**ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb**  
(pro poskytovatele Sociální služby Uherské Hradiště, p.o.)  
**číslo: 040004007**

**Smluvní strany**

**Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky**

se sídlem: Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ: 190 03  
IČO: 47114975, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7564  
zastupuje ředitel pobočky VoZP ČR JUDr. Pavel Stejskal  
se sídlem Brno, Banskobystrická 40, PSČ 621 00  
tel.: 541429811 fax: 541429817 e-mail: pob-brn@vozp.cz  
datová schránka: hmvf5pt

(dále jen „Pojišťovna“) na straně jedné

**a**

**Poskytovatel zdravotních služeb**

**Sociální služby Uherské Hradiště, p.o.**

(jméno a příjmení fyzické osoby poskytovatele zdravotních služeb; název nebo firma, je-li poskytovatelem právnická osoba)

se sídlem: 760 01 Zlín, tř. T. Bati, areál SVIT

**IČO: 00092096**

**IČZ: 80060000**

zastoupený: .....

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé

**uzavírají**

níže uvedeného dne, měsíce a roku tento Dodatek č. 16 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Smlouva/Dodatek“).

**Článek I.**  
**Předmět Dodatku**

1. Předmětem tohoto Dodatku je aktualizace Přílohy č. 2 (Smluvené druhy zdravotních služeb, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytovaných hrazených služeb) – **rozšíření seznamu nasmlouvaných kódů zdravotních výkonů pro pracoviště:**

IČP	odb.	kód	název výkonu	platnost od
80060014	913	06649	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI SESTRY V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU)	1.9.2016

2. Ostatní ustanovení Přílohy č. 2 zůstávají nezměněna.

**Článek II.**  
**Závěrečná ustanovení**

1. Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním Dodatku, v období od 1.9.2016 do podpisu Dodatku, a že na takovém základě uznávají Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období.
2. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

V..... dne .....

V Brně dne .....

.....  
razítko a podpis  
oprávněného zástupce  
Poskytovatele

.....  
razítko a podpis  
oprávněného zástupce  
Pojišťovny