

D O D A T E K č. 2 (dále jen „Dodatek“)

ke S M L O U V Ě o poskytování, servisu a úhradě ZP „R“ číslo: PZT-R-V/2023/008 ze dne 24.4.2024

Článek I. Smluvní strany

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

se sídlem: Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3

zastoupena: MUDr. Davidem Kostkou, MBA, LL.M., generálním ředitelem

IČO: 47114304

zapsaná v Obchodního rejstříku, vedeném u Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7216

ID datové schránky: 9swaix3

Kontaktní pracoviště: Pracoviště Hradec Králové - [REDACTED] adresa: Wonkova 1225, 500 01 Hradec Králové, tel: [REDACTED] (dále jen „Pojišťovna“)

a

Poskytovatel zdravotních služeb: (jméno a příjmení u fyzických osob/název u právnických osob) **DMA Praha s.r.o.**

zastoupen (pouze u právnických osob): Martinem Hrůzou, jednatelem společnosti

sídlo (u právnických osob) / místo trvalého pobytu (u fyzických osob)

obec: Praha - Újezd, ulice a č. p.: Krajanská 339/4, PSČ: 149 00

IČO (dle státní statistiky): 25689495 IČO (se začísliím používaným v Pojišťovně): 25689495012

IČZ: 04990020, ID datové schránky: 9f3zaj7

osoba určená pro kontakt s Pojišťovnou (titul, příjmení, jméno, funkce):

Martin Hrůza, jednatel společnosti, tel.: [REDACTED] e-mail: [REDACTED]

zápis v obchodním rejstříku: Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 61396, den 21.8.1998

(dále jen „Dodavatel“)

(Pojišťovna a Poskytovatel společně též jako „**Smluvní strany**“ nebo jednotlivě jako "**Smluvní strana**"),

se s přihlédnutím ke všem okolnostem dohody na uzavření tohoto Dodatku:

Článek II.

1. Dne 24.4.2024 uzavřely Smluvní strany smlouvu o poskytování, servisu a úhradě ZP „R“ číslo PZT-R-V/2023/008 (dále jen „**Smlouva**“).
2. V souladu s článkem XI. odst. 8 Smlouvy se Smluvní strany dohody na následující změně Smlouvy:

2.1 Příloha č. 1 tohoto Dodatku nahrazuje přílohu č. 2 Smlouvy – Katalog dohodnutých cen.

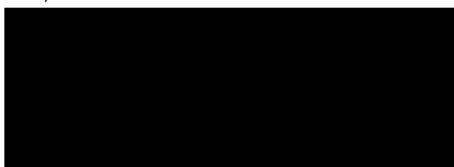
2.2 Příloha č. 2 tohoto Dodatku nahrazuje přílohu č. 6 Smlouvy – Protokol o převzetí cirkulovatelného zdravotnického prostředku do vlastnictví pojištěnce.

Článek III.

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu poslední ze smluvních stran.
- 2) Smluvní strany se dohody, že tento Dodatek nabývá účinnosti dnem 1. 3. 2025 za podmínky, že do této doby bude Dodatek uveřejněn podle odst. 5 tohoto článku, jinak nabývá účinnosti až tímto uveřejněním.

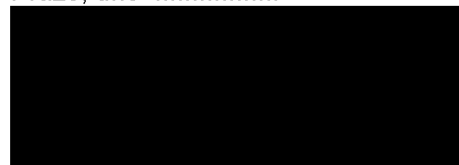
- 3) Ostatní, tímto Dodatkem nedotčená, ujednání Smlouvy, zůstávají v platnosti.
- 4) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží po jednom vyhotovení.
- 5) Pojišťovna jako povinný subjekt dle zákona č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), v platném znění, uveřejní Dodatek v Registru smluv, jehož správcem je Digitální a informační agentura, za splnění podmínek k uveřejnění dle zákona o registru smluv, kromě částí výslovně označených, které spadají pod výjimky z uveřejnění dle zákona o registru smluv, nejpozději do 15 dnů po jeho uzavření. Dodavatel je povinen po uplynutí této lhůty, nejpozději do 20 dnů ode dne, kdy byl Dodatek uzavřen, v Registru smluv ověřit, zda Pojišťovna řádně uveřejnila, a pokud se tak nestalo, je povinen Dodatek uveřejnit sám a o této skutečnosti informovat Pojišťovnu.
- 6) Nedílnou součástí Dodatku je:
 1. příloha č. 2 Smlouvy – Katalog dohodnutých cen
 2. příloha č. 6 Smlouvy – Protokol o převzetí cirkulovatelného zdravotnického prostředku do vlastnictví pojištěnce
- 7) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek byl uzavřen podle jejich pravé a svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

V Praze, dne



.....
Razítko a podpis
MUDr. David Kostka, MBA, LL.M.
generální ředitel ZP MV ČR

V Praze, dne



.....
Razítko a podpis (případně funkce)
osoby oprávněné zastupovat Dodavatele

PROTOKOL O PŘEVZETÍ
cirkulovatelného* zdravotnického prostředku do vlastnictví pojištěnce

Smluvní dodavatel:

Název:
se sídlem: IČO:

a

Pojištěnec:

Jméno a příjmení: r. č.:
Trvalý pobyt: tel. č./e-mail:

Zastoupený zákonným zástupcem:

Jméno a příjmení: r. č.:
Trvalý pobyt: tel. č./e-mail:

Potvrzují,

že byl smluvním dodavatelem předán a pojištěncem (nebo jeho zástupcem) přijat cirkulovatelný* zdravotnický prostředek do vlastnictví pojištěnce dle následující specifikace:

Poř. číslo	Kód ZP „R“	Název ZP „R“/ výrobní číslo	Evidenční Číslo
1			
2			
3			
4			
5			
6			

V dne:
Za **smluvního dodavatele** ZP předal:

V dne:
Za **pojištěnce** ZP převzal:

.....
Razítko a podpis osoby oprávněné
zastupovat dodavatele

.....
Podpis Pojištěnce / zákonného
zástupce

* Nehodící se škrtněte