

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

IČO: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**
generální ředitel

se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 00 Praha 4

Zapsaná: v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze
sp.zn.: A 7232

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

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné
a

Poskytovatel zdravotních služeb²⁾ :

IČ: _____ specifikace³⁾:

Sídlo:

Zástupce:

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

Úhradový dodatek A-VÚ 2023

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady specializovaných ambulantních zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce 2023 Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie, pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast zdravotní péče (dále jen „Zahraniční pojištěnec“).
- Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotních služeb poskytnutých Zahraničním pojištěncům podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 6, z května 2010.
- V návaznosti na článek I. odst. 2 tohoto Dodatku se Poskytovatel zavazuje, že vykáže zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům v souladu s uvedeným metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR, a to samostatnou fakturou a dávkou. Přílohou vyúčtování musí být vyplněné „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ s tím, že „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ není nutné dokládat v případě, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

- Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2023 Poskytovatelem, vykázané dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), budou **hrazeny výkonovým způsobem dle níže uvedených podmínek**:
 - Zdravotní služby v **odbornostech 305, 308 a 309** podle Seznamu zdravotních výkonů budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,10 Kč/bod** bez dalších omezení.
 - Zdravotní služby v **odbornosti 306** podle Seznamu zdravotních výkonů budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,30 Kč/bod** bez dalších omezení.
 - Výkony č. 37061, 37062 a 37063 v odbornostech 901 a 931** podle Seznamu zdravotních výkonů **budou hrazeny v hodnotě bodu 1,30 Kč/bod** bez dalších omezení.

- 1.4. Zdravotní služby v **odbornosti 901, 910 a 931** podle Seznamu zdravotních výkonů budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,12 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.5. Zdravotní služby v **odbornostech 305, 308 a 309** vykazované společně s ošetřovacím dnem (dále jen „OD“) denního stacionáře budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,12 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.6. Zdravotní služby v **odbornostech 905, 919 a 927** podle Seznamu zdravotních výkonů budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,09 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.7. **Výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 v odbornosti 403** budou **hrazeny v hodnotě bodu 0,84 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.8. **Výkony č. 43652 a 43653 v odbornosti 403** budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,21 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.9. **Výkony č. 75347, 75348 a 75427 v odbornosti 705** budou **hrazeny v hodnotě bodu 0,85 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.10. **Výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 v odbornosti 105**, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta, budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,30 Kč/bod** bez dalších omezení a budou hrazeny na základě samostatného dodatku, pokud má takto Poskytovatel smluvně sjednáno.
- 1.11. **Výkon č. 15446 v odbornosti 105**, vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta, bude **hrazen v hodnotě bodu 1,12 Kč/bod** bez dalších omezení a bude hrazen na základě samostatného dodatku, pokud má takto Poskytovatel smluvně sjednáno.
- 1.12. **Výkony č. 73028 a 73029 v odbornostech 701, 702 nebo 704** budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,09 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.13. **Výkon č. 71112 v odbornostech 701, 702 nebo 704** bude **hrazen v hodnotě bodu 1,09 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.14. **Výkon č. 25507 v odbornosti 205** bude **hrazen v hodnotě bodu 1,09 Kč/bod** bez dalších omezení.
- 1.15. **Zdravotní služby v operačních oborech (odbornosti 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707)** budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,11 Kč / bod** bez dalších omezení.
- 1.16. **Zdravotní služby v odbornostech 105, 106, 107, 201, 205, 302, 402 a 403** mimo výkony uvedené v odst. 1.7 až 1.14 budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,11 Kč / bod** bez dalších omezení.

Podmínka zobrazení pokud má PZS balíčkovou přílohu (PřílohaB = 1)

Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služby specifikované v Příloze B tohoto Dodatku, která je jeho nedílnou součástí, budou hrazeny ve výši a způsobem popsáním v této Příloze, přičemž za tyto služby se nevztahuje navýšení podle článku II., odst. 2 tohoto Dodatku.

2. Hodnota bodu uvedená v odst. 1 toho článku se dále při splnění následujících podmínek **navýší o**:
 - a) **0,04 Kč** v případě, že Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny, tj. působí jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý 2023; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu o celoživotním vzdělávání doručí Zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
 - b) **0,05 Kč** pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť Poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje po celé hodnocené období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinálních hodin týdně rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle Seznamu zdravotních výkonů (dále jen „operační obory“), přičemž má ordinální hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinací doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jeden nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinálních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinální doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
 - c) **0,02 Kč** pro danou odbornost v případě, že v roce 2023 Poskytovatel ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1.1.2019 do 31.12.2022 nevykázal Zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. Informaci o využívání objednávkového systému Poskytovatel doloží čestným prohlášením Zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. prosince 2023.
 - d) **0,06 Kč** pro odbornost 306 podle Seznamu zdravotních výkonů a pro výkony 37061, 37062 a 37063 v odbornosti 901 a 931 podle Seznamu zdravotních výkonů v případě, že Poskytovatel alespoň u 50% pracovišť Poskytovatele (IČP) v dané odbornosti podle Seznamu zdravotních výkonů poskytuje v hodnoceném období hrazené zdravotní služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené zdravotní služby v rozsahu alespoň 15 ordinálních hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin delším než v referenčním období. Tato podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu ordinálních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinální hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
 - e) **0,06 Kč** pro odbornost 306 podle Seznamu zdravotních výkonů v případě, že Poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle Seznamu zdravotních výkonů alespoň u 20% ošetřených pojištěnců. Do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.
3. V rámci celkového finančního vyrovnání obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2023, na základě které dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
4. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku ve výši 49 Kč bez dalších omezení. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09615, který je Poskytovatel oprávněn vykazovat spolu s klinickým vyšetřením podle Seznamu zdravotních výkonů u dětí ve věku od 6 do 18 let, uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku ve výši 49 Kč.

5. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle Seznamu zdravotních výkonů, vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, revize 10 (dále jen „MKN-10“), se Poskytovateli navýší úhrada o 100,- Kč, a to s výjimkou výkonů 09115 provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které Poskytovateli náleží úhrada ve výši 300,- Kč.
6. Smluvní strany se dohodly, že specializované ambulantní zdravotní služby poskytované Zahraničním pojištěncům v roce 2023 Poskytovatelem, vykázané dle Seznamu zdravotních výkonů **budou hrazeny v hodnotě bodu stanovené v odst. 1 tohoto článku Dodatku, přičemž podmínky pro navýšení úhrady uvedené v odst. 2 tohoto článku Dodatku se považují za splněné.**
7. Smluvní strany se dohodly, že předběžná úhrada bude hrazena výkonově s hodnotami bodu uvedenými v odst. 1, resp. navýšenými podle odst. 2 písm. a), b) tohoto článku Dodatku. Částka odpovídající navýšení podle odst. 2 písm. c), d) a e) tohoto článku Dodatku bude Poskytovateli uhrazena v rámci závěrečného finančního vyrovnání.
8. Smluvní strany se dohodly, že nad rámec smluvně sjednaných úhrad bude poskytovateli v rámci finančního vyrovnání uhrazena:
 - **200,- Kč za každé ošetření pacienta s poruchou autistického spektra** Poskytovatelem v lékařské odbornosti nebo v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 903 klinická logopedie, a to v případě, že na pojištěnce bude Poskytovatelem vykázan kód klinického vyšetření a současně bude na pacienta vykázan jeho registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství (dále jen „VPL“) kdykoli v minulosti výkon č. 02241 – Signální kód edukace pacienta a pečující osoby pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost a VPL v souvislosti s předáním průkazu osoby s PAS na základě diagnózy PAS.
 - **500,- Kč za komplexní roční péči o polymorbidního pacienta v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován pro minimálně 3 diagnózy v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázána kombinace výkonů č. 11022 – Cílené vyšetření internistou a č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, a to nejméně pro 3 různé diagnózy podléhající dispenzarizaci.
 - **300 Kč za péči o chronického pacienta s diagnózou Diabetes mellitus v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec s diagnózou E11* podle MKN-10 bude u Poskytovatele dispenzarizován v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázan výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, č. 11022 – Cílené vyšetření internistou nebo č. 11023 – Kontrolní vyšetření internistou, č. 81449 – Glykovaný hemoglobin nebo č. 01445 – Stanovení glykovaného hemoglobinu HBA1C v ambulanci a současně bude vykázan výkon č. 13111 – Signální kód pro hodnotu glykovaného hemoglobinu HBA1C nižší než 53 mmol/mol (kompenzovaný pacient)
 - **500,- Kč za péči o chronického pacienta s diagnózou Diabetes mellitus v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec s diagnózou E11* podle MKN-10 bude u Poskytovatele dispenzarizován v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázan výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, výkony č. 11022 – Cílené vyšetření internistou nebo č. 11023 – Kontrolní vyšetření internistou, výkon č. 81449 – Glykovaný hemoglobin nebo č. 01445 – Stanovení glykovaného hemoglobinu HBA1C v ambulanci a současně bude vykázan výkon č. 13111 – Signální kód pro hodnotu glykovaného hemoglobinu HBA1C nižší než 53 mmol/mol (kompenzovaný pacient), výkon č. 81527 – Cholesterol LDL a současně č. 11301 – Signální výkon pro hodnotu LDL cholesterolu nižší než 2,0 mmol/mol, výkony č. 75021 – Komplexní vyšetření oftalmologem nebo č. 75022 – Cílené vyšetření oftalmologem nebo č. 75023 – Kontrolní vyšetření oftalmologem, výkon č. 13024 – Vyšetření rizika syndromu diabetické nohy a vyšetření jednoho ze základních nefrologických laboratorních parametrů – výkony č. 81499 – Kreatinin nebo č. 81703 – Cystatin C nebo č. 81511 – Clearance kreatininu globální nebo č. 81513 – Clearance kreatininu dělená nebo č. 81621 – Urea nebo č. 81327 – Albumin – průkaz v moči nebo č. 81675 – Mikroalbuminurie
 - **500,- Kč za péči o chronického pacienta s diagnózou Hypertenze v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec s diagnózou I10 podle MKN-10 bude u Poskytovatele dispenzarizován v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázan výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, výkony č. 11022 – Cílené vyšetření internistou nebo č. 11023 – Kontrolní vyšetření internistou, výkony č. 81527 – Cholesterol LDL a současně č. 11311 – Signální výkon pro hodnotu LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/mol, výkon č. 17711 – Signální výkon pro hodnotu systolického tlaku krve pod hodnotu 140 mmHg – ve zdravotnické dokumentaci musí být zapsána hodnota naměřeného TK, výkony očního vyšetření č. 75021 – Komplexní vyšetření oftalmologem nebo č. 75022 – Cílené vyšetření oftalmologem nebo č. 75023 – Kontrolní vyšetření oftalmologem a výkony vyšetření jednoho ze základních nefrologických laboratorních parametrů – č. 81499 – Kreatinin nebo č. 81703 – Cystatin C nebo č. 81511 – Clearance kreatininu globální nebo č. 81513 – Clearance kreatininu dělená nebo č. 81621 – Urea nebo č. 81327 – Albumin – průkaz v moči nebo č. 81675 – Mikroalbuminurie a současně bude ve zdravotnické dokumentaci záznam o rizikových faktorech (např. kouření, BMI/tělesná hmotnost, pohyb, dieta) včetně poučení o rizikovém chování, konzultace a osobní plán, jak dosáhnout změny v uvedených parametrech
 - **1 000,- Kč za péči o diabetika v ambulanci internisty nebo diabetologa v souvislosti s nasazením první inzulinoterapie za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován pro diagnózu diabetes mellitus, bude na něho vykázan výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby a pojištěnec nebude pro stejnou diagnózu dispenzarizován u jiného poskytovatele a bude vykázáno vydání inzulinu. Současně nesmí být na tohoto pacienta evidován výdej inzulinu kdykoli v minulosti.
 - **500,- Kč za komplexní péči o pacienta se syndromem překryvu astmatu a CHOPN (ACOS) za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován zároveň pro obě diagnózy (J42 nebo J43 nebo J44 a současně J45 podle MKN-10), bude na něho vykázan výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby pro každou z diagnóz a současně bude vykázan výkon č. 25022 – Cílené vyšetření pneumologem nebo výkon č. 27022 – Cílené vyšetření alergologem a klinickým imunologem.
 - **500,- Kč za péči o chronické pacienty s diagnózou atopická dermatitida a/nebo Lupénka psoriáza za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován pro diagnózu L20 a/nebo L40 podle MKN-10, přičemž pacient bude zařazen do projektu a při každé návštěvě bude provedeno zhodnocení stavu podle EASI (L20), resp. PASI (L40) a zároveň na něho budou vykázané výkony č. 09532 – Signální výkon prohlídky dispenzarizované osoby, č. 99424 – Signální výkon pro ekzém nebo č. 99414 – Signální výkon pro lupénku, č.

44022 – Cílené vyšetření dermatologem nebo č. 44023 – Kontrolní vyšetření dermatologem a výkon klinického vyšetření s hlavní diagnózou L20 resp. L40.

9. Smluvní strany se dohodly, že za specializované ambulantní zdravotní služby poskytnuté v roce 2023 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2023 do 31.12.2023, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2024.
10. V návaznosti na termíny pro vykázení zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady dle předchozích ustanovení za rok 2023 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2023 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
11. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude zasílat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tato povinnost ze strany Poskytovatele splněna, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.

III.

1. Smlouvou ve smyslu tohoto Dodatku je dříve uzavřená příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“).
2. Poměry, které nejsou výslovně upraveny tímto Dodatkem, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy
3. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí platné Smlouvy.
4. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
5. Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, a zejména způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v tomto Dodatku, se použijí pro období od 1.1.2023 do 31.12.2023.
6. Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejích příloh, změn a všech dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb, bude zveřejněna na základě zákonem uložené povinnosti Zdravotní pojišťovny.
7. Smluvní strany se dohodly, že v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním.
8. Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované v souvislosti s plněním Smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poštu, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.
9. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
10. Smluvní strany stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí, když jednotlivá ustanovení Dodatku jsou výsledkem vzájemné dohody smluvních stran.
11. Za Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
12. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude Dodatek uzavřen cestou datových schránek způsobem uvedeným v článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

Pokud UsekZzKod = 3

V Ostravě

dne

V

dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele

Pokud UsekZzKod <> 3

V Praze

dne

V

dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele