



Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**

se sídlem **generální ředitel**

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

Fakultní nemocnice Olomouc

I. P. Pavlova 185/6

779 00 Olomouc 9

31/10
8357_1/14

Poskytovatel₂ : Fakultní nemocnice Olomouc		
IČ : 00098892	specifikace ₁₎ :	IČ₃₎ : 89301000
Sídlo : I. P. Pavlova 185/6 Olomouc 9		IČP₃₎ :
		PSC : 779 00
Zástupce : prof. MUDr. Roman HAVLIK, Ph.D.		

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

DODATEK KFAR 2019 k Dodatku H-VYHL č. 33715719

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Smluvní strany se dohodly, že **hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 – klinická farmacie** poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům v roce 2019 Poskytovatelem, vykázané při dodržení všech podmínek stanovených vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, budou hrazeny podle § 22 vyhlášky č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 **výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1,- Kč/bod.**

II.

- Ostatní ustanovení Dodatku č. **33715719** se nemění.
- Tento dodatek je nedílnou součástí Dodatku č. **33715719**.
- 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.
- Smluvní strany se dohodly, že tento dodatek, a zejména způsob a výše úhrady sjednané v tomto dodatku, se použijí pro období od 1.1.2019 do 31.12.2019.
- Tento dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení.

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