

D O D A T O K č. 2
k Zmluve zo dňa 26.11.2014
o výkone odbornej zdravotníckej praxe – školiacej aktivity
uzatvorenej medzi

Názov organizácie: *Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto nad Váhom*
Ul. M.R. Štefánika 1
915 31 Nové Mesto nad Váhom
v zastúpení: *MUDr. Miroslav Šorf, CSc. - riaditeľ*
/ďalej vysielajúca organizácia /

a

Názov zdravotníckej organizácie: *Fakultná nemocnica Trenčín*
v zastúpení: *MUDr. Stanislav Pastva - riaditeľ*
IČO: *00610470*
IČ DPH: *SK2021254631*
Číslo účtu: *7000280438/8180*
/ďalej školiteľ /

a účastník zmluvy:

titul, meno, priezvisko: *MUDr. Jana Hodulíková*
dátum narodenia:
pracovné zaradenie:

1/ V Čl. II sa text mení takto:

Školiteľ sa zaväzuje zabezpečiť pre vysielajúcu organizáciu výkon odbornej zdravotníckej praxe – školiacej aktivity pre účastníka zmluvy v zmysle vzorového špecializačného študijného programu:

Názov, zameranie odbornej zdravotníckej praxe - školiacej aktivity:
odborná zdravotnícka prax u lekára zaradeného do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo

na pracoviskách:

- *neurologické oddelenie FN Trenčín v termíne od 1. 12. 2014 do: 31. 12. 2014*
pod vedením povereného školiteľa: *MUDr. Andrea Cimprichová*

- *chirurgická klinika FN Trenčín v termíne od 1.1.2015 do 28.2.2015*
pod vedením povereného školiteľa: *MUDr. Oto Smatana*

- *oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny FN Trenčín v termíne od 1.3.2015 do 31.3.2015*
pod vedením povereného školiteľa: *MUDr. Daniel Kraus*

t.j. **4 mesiace**, v pracovnom úväzku 1,00 prac. miesta.

2/ V Čl. IV sa odsek 6 mení takto:

6. Táto zmluva sa uzatvára na dobu určitú od **1. 12. 2014** do **31. 3. 2015**.

Tento dodatok nadobúda platnosť dňom jeho podpísania zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni zverejnenia v Centrálnom registri zmlúv. Dodatok sa vyhotovuje v 4 rovnopisoch, z ktorých 1 rovnopis dostane vysielajúca organizácia, 2 rovnopisy dostane školiteľ a 1 rovnopis účastník.

V Novom Meste nad Váhom dňa

V Trenčíne dňa

.....
podpis a pečiatka za vysielajúcu organizáciu

.....
podpis a pečiatka za školiteľa

.....
podpis účastníka odb. zdravotníckej praxe