

Dodatok č. 1 k ZMLUVE O SPOLUPRÁCI

1. Objednávateľ:

Názov: **Nitriansky samosprávny kraj**
Sídlo: Rázusova 2A, 949 01 Nitra
Zastúpený: Ing. Branislav Becík, PhD., predseda
IČO: 37 861 298
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: SK35 8180 0000 0070 0031 5530
(ďalej len „objednávateľ“)

a

2. Poskytovateľ:

Názov: **Fakultná nemocnica Nitra**
Sídlo: Špitálska 6, 950 01 Nitra
Zastúpená: Mgr. Michal Fajin, MBA, LL.M, MPH - riaditeľ
IČO: 17336007
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: SK49 8180 0000 0070 0028 0649
Právna forma: štátna príspevková organizácia zriadená MZ SR
(ďalej len alebo aj „poskytovateľ“)

(spolu ako „zmluvné strany“)

uzatvorený v zmysle čl. VII. bod 2. znenia Zmluvy o spolupráci:

- 1) Účastníci dohody na základe vzájomnej dohody menia znenie Prílohy č. 2 – Čestné prehlásenie Zmluvy o spolupráci, ktorá tvorí prílohu tohto dodatku.
- 2) Ostatné ustanovenia jednotlivých článkov a ustanovení zmluvy zostávajú nezmenené.
- 3) Dodatok nadobúda platnosť dňom jeho podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v Centrálnom registri zmlúv vedenom na Úrade vlády SR.
- 4) Dodatok je vyhotovený v troch rovnopisoch, z ktorých jeden exemplár obdrží poskytovateľ, dva objednávateľ.
- 5) Zmluvné strany prehlasujú, že na znení tohto dodatku sa dohodli dobrovoľne, slobodne, bez nátlaku a nie za nápadne nevýhodných podmienok a dodatok na znak súhlasu s jeho obsahom potvrdzujú vlastnoručnými podpismi.

- 8 -11- 2023

V Nitre dňa

za objednávateľa:

Ing. Branislav Becík, PhD.
predseda

Nitrianskeho samosprávneho kraja

- 8 -11- 2023

V Nitre dňa

za poskytovateľa:

Mgr. Michal Fajin, MBA, LL.M, MPH
riaditeľ

Fakultná nemocnica Nitra

Čestné prehlásenie

Poskytovateľ ambulancnej pohotovostnej služby pre deti a dospelých:

Názov:

Zastúpený:

IČO:

Bankové spojenie:

Číslo účtu:

Právna forma:

týmto čestne prehlasuje, že v období od do zabezpečil v plnom rozsahu a v zmysle podmienok Zmluvy o spolupráci uzatvorenej s Nitrianskym samosprávnym krajom ako objednávateľom (zmluva zverejnená v Centrálnom registri zmlúv pod č. ...) poskytovanie ambulancnej pohotovostnej služby pre deti a dospelých pre pevný bod _____ v mieste _____ a zároveň uhradí všetkým zdravotníckym pracovníkom (lekárom a zdravotným sestram), ktorí vykonávali činnosť v rámci ambulancnej pohotovostnej služby, odplatu vo výške zodpovedajúcej podmienkam daným na základe uvedenej Zmluvy o spolupráci.

Toto prehlásenie sa vydáva za účelom splnenia povinností v zmysle uvedenej Zmluvy o spolupráci a je adresované Úradu Nitrianskeho samosprávneho kraja.

Poskytovateľ ambulancnej pohotovostnej služby prehlasuje, že všetky informácie uvedené v tejto listine sú pravdivé.

V, dňa

pečiatka, podpis:

Osoba určená na prijatie čestného prehlásenia:

.....

Odbor zdravotníctva

Úrad Nitrianskeho samosprávneho kraja

Forma zasielania čestného prehlásenia:

elektronická: e-mailom na adresu: lubica.bartosova@unsk.sk