

## **Dodatok č. 12**

### **k Zmluve č. 10NSP1000211**

#### **Čl. 1 Zmluvné strany**

##### **1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**

so sídlom: Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,  
Zastúpená: Ing. Marcelom Foraiom, MPH, predsedom predstavenstva  
IČO: 35 937 874  
IČ DPH: SK2022027040  
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa,  
vložka číslo: 3602/B  
Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej  
starostlivosti: riaditeľka krajskej pobočky v Trenčíne, MUDr. Sylvia Pastvová  
Adresa krajskej pobočky: Partizánska 2315, 911 01 Trenčín  
Bankové spojenie: Štátna pokladnica  
Číslo účtu: 7000182387/8180  
**(ďalej len „poisťovňa“)**

**a**

##### **2. Nemocnica s poliklinikou Ilava n.o**

so sídlom: Štúrova 3, 019 01 Ilava  
Zastúpený: Ing. Juraj Beďatš, riaditeľ NsP  
MUDr. Miroslav Staník, podpredseda Správnej rady NsP  
Identifikátor poskytovateľa: P87119  
IČO : 36 119 385  
Bankové spojenie : ČSOB a.s.  
Číslo účtu: 4016113454/7500  
**(ďalej len „poskytovateľ“)**

**uzatvárajú**

tento dodatok k Zmluve č. 10NSP1000211 (ďalej len „zmluva“)

#### **Čl. 2 Predmet dodatku**

Na základe Čl. 7 - Záverečné ustanovenia bod 7 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

##### **Časť A**

1. V Čl. 7 – Záverečné ustanovenia sa mení znenie bodu 1 a nahrádza sa nasledovným znením:

„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú **do 31.12.2013.**“

2. Platnosť Prílohy č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa predlžuje **do 30.9.2013**.

3. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.4.2013:

a) mení znenie tabuľky Cena za ukončenú hospitalizáciu a nahrádza sa nasledovným znením:

„Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):“

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v €
001	vnútorné lekárstvo	484,00
009	gynekológia a pôrodnictvo	498,00
051	neonatólogia	346,00
205	dlhodobó chorých -pri dĺžke hospitalizácie 21 a viac dní cena 100% ceny UH LDCH -pri dĺžke hospitalizácie do 20 dní vrátane cena 50 % ceny UH LDCH	1 038,00

b) dopĺňa sa pod tabuľku Cena za ukončenú hospitalizáciu odsek nasledovného znenia:

„Diagnosticko terapeutický výkon hradený v ústavnej starostlivosti č. H5560“

Kód výkonu	Názov výkonu	maximálna cena v €	Odbornosť
H5560	Ukončená hospitalizácia za účelom: a) pozorovania zdravotného stavu, alebo b) jednorazového podania liekov, alebo c) vykonania plánovaného diagnostického vyšetrenia. Podmienkou úhrady je kontinuálne poskytovanie zdravotnej starostlivosti viac ako 24 hodín a maximálne do 72 hodín.	350,00	nechirurgické odbornosti

„Cena UH JIS.

Cena UH JIS je stanovená vo výške 50% ceny UH základného oddelenia.

„Príplatok k cene UH.

Príplatok k cene UH (ďalej len „BON“) sa uhrádza ako pripočítateľná položka vo vybranom chirurgickom odbore (kód vybraného chirurgického odboru: 009,) pri ukončenej hospitalizácii vo výške 100 € k cene UH základného oddelenia za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- 1) dĺžka hospitalizácie vrátane JIS bola v trvaní 4 dni a viac,
- 2) pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia za účasti anestéziologického tímu, uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST<sub>12</sub>, ANST<sub>13</sub>, ANST<sub>01</sub>, ANST<sub>02</sub> a ANST<sub>03</sub>,
- 3) ukončená hospitalizácia bola vykázaná v dávke 774n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS , ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
  - v položke 21 - TYP VÝKONU – uvádza sa znak „O“ (operačný) alebo „K“ (kombinácia výkonu operačného a intervenčnej rádiológie),

- v položke 22 - KÓD OPERAČNÉHO VÝKONU – uvádza sa kód operačného výkonu podľa zoznamu výkonov dodaných poisťovňou v elektronickej forme (ZZV\_VsZP\_1). Kód operačného výkonu sa zadáva v tvare bez použitia bodky,
- 4) pripočítateľná položka BON bola vykázaná v samostatnom riadku za vetou, kde bola vykázaná ukončená hospitalizácia v dávke 774n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS , ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
    - v položke 6 – DEŇ NÁSTUPU – uvedie sa deň ukončenia hospitalizácie,
    - v položke 11 - PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY - uvedie sa znak BON,
    - v položke 12 - MNOŽSTVO – uvedie sa znak 1,
    - v položke 13 - CENA - uvedie sa cena 100 €,
    - v položke 25 – TYP HOSPITALIZÁCIE – uvedie sa znak „Z“ (vykázaná pripočítateľná položka),
    - v položke 26 - DÁTUM Z ČAKACEJ LISTINY – uvedie sa skutočný dátum operačného výkonu.
  - 5) pripočítateľná položka BON sa vykazuje a hradí až pri ukončenej hospitalizácii.
  - 6) Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch resp. zákrokoch, ktoré sú súčasťou výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti uvedené v Odbornom usmernení MZ SR č. 42 o výkonoch JZS zo dňa 18.08.2009, číslo 12225/2009-OZS, uverejneného vo Vestníku MZ SR dňa 31. augusta 2009, Čiastka 33-39, Ročník 57.
  - 7) Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch, ktoré sú zazmluvnené ako osobitne hradené výkony.
  - 8) Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch hradených ako výkony uhrádzané v ústavnej zdravotnej starostlivosti (balíčkové ceny TEP).“

a) v časti Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti sa mení znenie bodu 8 a nahrádza nasledovným znením:

„8. Na JIS jednotlivých oddelení je poskytovaná intenzívna starostlivosť nižšieho a stredného stupňa pri hroziacej poruche niektorej životnej funkcie, pri TISS skóre 15 bodov a viac, s trvalým neinvazívnym monitorovaním najmenej jednej životnej funkcie, s vnútro žilovou infúznou liečbou, nepretržitým sledovaním zdravotného stavu poistenca, bilanciou príjmu a výdaja tekutín a zavedenou osobitnou dokumentáciou (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na JIS). Hospitalizácia na JIS je hradená vo výške 50 % ceny za ukončenú hospitalizáciu príslušného oddelenia pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak. Po preklade poistenca na základné oddelenie, ku ktorému JIS prináleží, resp. pri preklade z oddelenia na JIS, alebo pri opakovanom preklade z oddelenia na JIS a z JIS späť na oddelenie, bude uhradená len cena jednej hospitalizácie na oddelení a hospitalizácia na JIS vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu príslušného oddelenia.“

**4. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy - Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 30.9.2013.**

5. V Prílohe č.2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 01.04.2013 mení znenie bodu 2 Ambulantná zdravotná starostlivosť nahrádza sa nasledovným znením :

**“2. Ambulantná starostlivosť “**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
222	jednodňová zdravotná starostlivosť a OHV	22 300,00 €

6. V prílohe č. 2 – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa s účinnosťou od 1.4.2013 ruší znenie bodu 3 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a nahrádza sa nasledovným znením:

### „3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)“

#### Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné - <b>mesačný</b> zmluvný rozsah	14 770,00 €
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné – <b>štvrtročný</b> zmluvný rozsah	44 310,00 €

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť vo výške presahujúcej *zmluvný rozsah na kalendárny štvrtrok*, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny štvrtrok, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny štvrtrok. V tomto prípade sa postup podľa čl. 6 bodu 3 Zmluvy nepoužije.

7. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť I. Vecný rozsah predmetu zmluvy sa ruší doterajšie znenie a nahrádza sa nasledovným znením:

#### I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky:		Štúrova 3, 019 01 Ilava		
<b>Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"</b>				
<b>1.</b>	<b>ambulantná zdravotná starostlivosť</b>			
		<b>druh</b>	<b>odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
	špecializovaná	špecializovaná gynekologická	009/203	103
		špecializovaná	001/201; 001/202;009/201;009/202;010/201; 013/201;025/201;027/201;031/201; 048/201;049/201;	200
		UPS - ústavná pohotovostná služba	001/801;009/801	302
	LSPP – lekárska služba prvej pomoci	LSPP pre dospelých – spádová oblasť Ilava, Dubnica, Nová Dubnica	174/201;175/201	300
		LSPP pre deti a dorast – spádová oblasť Ilava	176/201;177/201	300
	jednodňová zdravotná starostlivosť		010/401;010/477;009/401;009/477; 013/401	222
	SVLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	zobrazovacie	023/501	400
		FBLR	027/201	400
		Laboratórne okrem vyšetrení FISCH, ... atď	029/501;031/501	400
<b>2.</b>	<b>ústavná zdravotná starostlivosť</b>			
			<b>odbornosť oddelení / (časť kódu poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
	nemocnica všeobecná		001/101; 009/101; 051/101; 205/101;	601

\* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999spyyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

8. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.4.2013:

a) mení sa bod 4 Ústavná zdravotná starostlivosť a nahrádza nasledovným znením:

**„4. Ústavná zdravotná starostlivosť,,**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
601	ukončené hospitalizácie	89 604,00 €

9. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, v časti III. Úhrada nad „Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti“ sa od 1.4.2013 dopĺňajú body nasledovného znenia:

12. Ukončené hospitalizácie na vybraných chirurgických odboroch okrem JIS, vrátane príplatku k cene UH základného oddelenia BON za splnenia podmienok uvedených v Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časti B Ústavná zdravotná starostlivosť, odseku **Príplatok k cene UH.**

10. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv sa predlžuje do **31.12.2013.**

## **Časť B**

Podľa Čl. 7 bod 9 zmluvy sú súčasťou zmluvy Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej len „VZP“), ktoré upravujú niektoré práva a povinnosti zmluvných strán.

Zmluvné strany sa dohodli na týchto zmenách VZP:

### **1. V Čl. 2 bod 1 sa za písm. d) vkladá nové písmeno e) v znení:**

„e) poskytovať zdravotnú starostlivosť len s použitím zdravotníckej techniky, ktorá spĺňa požiadavky všeobecne záväzných právnych predpisov a technických noriem,“

Doterajšie písm. e) až p) sa označujú ako písmená f) až q).

### **2. Za Čl. 2 sa vkladá nový Čl. 3 v znení:**

#### **„Čl. 3 Kritériá na uzatváranie zmlúv**

1. Poisťovňa v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje a uverejňuje na úradnej tabuli v mieste sídla poisťovne a na webovom sídle poisťovne [www.vszp.sk](http://www.vszp.sk) kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa a na indikátory kvality.
2. Poskytovateľ je povinný poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnotenie indikátorov kvality uverejnených v rámci kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 1 tohto článku.
3. Poisťovňa vyhodnocuje plnenie kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 1 tohto článku a na základe ich plnenia vytvára poradie poskytovateľov, ktoré zohľadňuje pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

4. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prestal spĺňať kritériá, ktoré poisťovňa riadne stanovila a uverejnila v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, je povinný bez zbytočného odkladu oznámiť túto skutočnosť poisťovni a v lehote 30 kalendárnych dní vykonať všetky potrebné opatrenia, aby kritériá opätovne spĺňal.
5. Ustanovenia tohto článku sa nevzťahujú na poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti ani na poskytovateľov záchranej zdravotnej služby; povinnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytovať poisťovni údaje potrebné na vyhodnocovanie indikátorov kvality tým nie je dotknutá.“

Doterajšie Čl. 3 až 7 sa označujú ako Čl. 4 až 8.

### **3. V Čl. 4 sa za bod 1 vkladajú nové body 2 a 3 v znení:**

- "2. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období správne, pravdivo a úplne. Zdravotná starostlivosť je vykázaná správne, pokiaľ ju poskytovateľ vykázal v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, zmluvou a VZP.
3. Poskytovateľ vykazuje choroby podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) s použitím štvormiestnych podpoložiek bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; poskytovateľ môže vykazovať choroby s použitím trojmiestnych položiek len v tých prípadoch, keď neexistuje štvormiestna podpoložka.“

Doterajšie body 2 až 6 sa označujú ako body 4 až 8.

### **4. V Čl. 6 sa za bod 8 dopĺňajú nové body 9 až 12 v znení:**

- „9. Ak je vykonanou kontrolou zistená nesprávne alebo neoprávnene vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovni. Ustanovenia Čl. 7 týmto nie sú dotknuté.
10. Zdravotná poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti len revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly.
11. Revízni lekári, revízni farmaceuti, revízne sestry a iní zamestnanci poverení výkonom kontroly (ďalej len "poverená osoba") sú pri výkone kontroly povinní preukázať sa služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly.
12. Poverená osoba je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, ak so zreteľom na jej vzťah k veci, ku kontrolovanému subjektu alebo k jeho zamestnancom možno mať pochybnosť o jej nezáujatosti. Ak je poverená osoba vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, nesmie vykonávať kontrolnú činnosť ani úkony súvisiace s kontrolnou činnosťou; svoje vylúčenie z výkonu kontrolnej činnosti a skutočnosti, pre ktoré je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, je povinná bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni.“

### **5. Čl. 7 vrátane nadpisu znie:**

## „Čl. 7

### Následky porušení povinností

1. Poskytovateľ aj poisťovňa sú povinní riadne a včas plniť všetky povinnosti, ktoré pre nich v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a vykonávaním verejného zdravotného poistenia vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, zmluvy a VZP (ďalej pre účely tohto článku len ako „povinnosti“).
2. Porušenie povinností sa podľa závažnosti delí na:
  - a) menej závažné porušenie povinností
  - b) závažné porušenie povinností.
3. Pokiaľ nie je vo VZP uvedené inak, porušenie povinností je prvotne považované za menej závažné porušenie povinností.
4. Pri porušení povinností poskytovateľa, poisťovňa v protokole o kontrole uvedie, ktorá povinnosť bola porušená; zároveň uvedie primeranú lehotu na odstránenie porušenia povinností a upozorní na možnosť vypovedania zmluvy v prípade opakovania porušovania povinností.
5. Závažným porušením povinností je opakované menej závažné porušenie povinností a porušenie povinností uvedených v bodoch: Čl. 2 bod 1 písm. c), e), i), j), m), o), Čl. 2 bod 17, Čl. 3 bod 4, Čl. 4 bod 2 a Čl. 6 bod 3.
6. Pri závažnom porušení povinností podľa bodu 5 tohto článku si poisťovňa môže uplatniť:
  - a) u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 50 € za každý prípad, ak poskytovateľ poruší oznamovaciu povinnosť podľa Čl. 2 bodu 1 písm. j) VZP a tým znemožní poisťovni uplatniť si právo na vymáhanie náhrady vynaložených nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť;
  - b) za porušenie povinností poskytovateľa uvedenej v článku 4 bod 2 tým, že poskytovateľ vykázal zdravotnú starostlivosť, ktorú neposkytol, zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ vykázal, no neposkytol a poisťovňa mu ju uhradila;
  - c) u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ poskytol poistencom za posledné 3 kalendárne mesiace, avšak najviac 5 000 € za jednotlivý prípad;
  - d) vypovedanie zmluvy.
7. Opakovaným porušením povinností je porušenie tej povinnosti, na ktorú bol poskytovateľ počas predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov písomne upozornený a porušenia ktorej sa dopustil po uplynutí lehoty určenej podľa bodu 4 tohto článku.
8. Poisťovňa, ak je v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, je povinná zaplatiť poskytovateľovi úrok z omeškania vo výške podľa Obchodného zákonníka, a to na základe faktúry vyhotovenej poskytovateľom, s lehotou splatnosti 30 kalendárnych dní od jej doručenia poisťovni.
9. Uplatnením zmluvnej pokuty v zmysle bodu 6 tohto článku a úroku z omeškania v zmysle bodu 8 tohto článku a zmluvnej pokuty podľa článku 8 bod 2 nie je dotknuté právo poškodenej strany na náhradu škody. Poisťovňa má u poskytovateľa a poskytovateľ u poisťovne nárok uplatniť si náhradu škody spôsobenej v dôsledku porušenia povinností vo výške presahujúcej zmluvnú pokutu.
10. Pohľadávku zdravotnej poisťovne podľa bodu 6 je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti, to neplatí na pohľadávku štátu v správe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.“

**6. V Čl. 8 sa za bod 1 vkladá nový bod 2 v znení:**

„2. Za porušenie zmluvných podmienok má poskytovateľ právo uplatniť si u poisťovne zmluvnú pokutu vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za zdravotnú starostlivosť za posledné 3 mesiace, maximálne však do výšky 5000 € za každý prípad, kedy poisťovňa poruší svoje povinnosti pri výkone kontroly ustanovenej v článku 6 bod 10,11 alebo 12 tejto zmluvy, alebo opakovane poruší Zmluvu alebo VZP. Za opakované porušenie sa považuje také porušenie Zmluvy alebo VZP, na ktoré už bola poisťovňa v predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacoch písomne upozornená.“

Doterajšie body 2 a 3 sa označujú ako body 3 a 4.

**7. V Čl. 8 sa v bode 4 mení „1.1.2012“ na „1.4.2013“.**

**Čl. 3  
Záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Trenčíne dňa 08.04.2013

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....  
Ing. Juraj Beďatš, riaditeľ NsP  
MUDr. Miroslav Staník, podpredseda SR NsP

.....  
MUDr. Sylvia Pastvová  
riaditeľka krajskej pobočky