

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

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

se sídlem: **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

Kontaktní adresa:

Poskytovatel₂:		
IČ:	specifikace 1):	IČ₃:
Sídlo:		IČP₃:
		PSČ:
Zástupce:		

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

DODATEK GYN-LIM 2020

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **specializovaných ambulantních zdravotních služeb v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a/nebo 604 – dětská gynekologie** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce 2020 Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie 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 doložit v případě, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

- Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a/nebo 604 – dětská gynekologie** poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2020 Poskytovatelem a vykázané podle 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 v **hodnotě bodu 1,08 Kč/bod**.
- Hodnota bodu uvedená v bodu 1 se dále **navýší o**:
 - 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel Zdravotní pojišťovně doloží nejpozději do 31.1.2020, že nejméně 50% lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům, tj. působí u Poskytovatele jako nositelé výkonů, je držitelé platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období
 - 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejméně do 18 hodin.
 - 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně do 31.12.2020 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období
 - 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně nejpozději do 31.12.2020 certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období

3. Smluvní strany se dohodly, že v případě, že Poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem 63050 podle Seznamu zdravotních výkonů alespoň u 50% pojištěnek Zdravotní pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31.12.2020, bude mu úhrada za výkon 63021 podle Seznamu zdravotních výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,45 a úhrada za výkon 63050 podle Seznamu zdravotních výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,20.
4. Smluvní strany se dohodly, že hrazené zdravotní služby poskytované těhotným pojištěnkám budou hrazeny platbou za jednotlivé trimestry ve výši a za podmínek stanovených Metodikou – Organizace péče o těhotnou pojištěnku, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku.
5. Výkony 32410, 32420 a 63415 podle Seznamu zdravotních výkonů budou Poskytovateli v odbornosti 603 hrazeny s hodnotou bodu stanovenou v části II., odst. 1. a 2. tohoto Dodatku, pokud byly výkony provedeny a vykázány nebo vyžádány registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle Seznamu zdravotních výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle Seznamu zdravotních výkonů bez žádanky registrujícího lékaře, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu 0,50 Kč/bod.
6. Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2020 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{NPURO}_{2018} \times \text{UOP}_{2020} \times (1,07 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2020}, \text{ kde}$$

NPURO₂₀₁₈ je průměrná úhrada za zdravotní výkony podle Seznamu zdravotních výkonů, s výjimkou úhrady za výkon 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný zdravotnický materiál (dále jen „ZÚM“) a zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZÚLP“) a individuálně smluvně sjednané úhrady za těhotné pojištěnky na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 nebo výkon č.09511 podle Seznamu zdravotních výkonů. Referenčním obdobím se rozumí rok 2018.

UOP₂₀₂₀ je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 nebo č. 09511 podle Seznamu zdravotních výkonů. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2020.

IGV je index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v roce 2020 vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 podle Seznamu zdravotních výkonů, k počtu těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v roce 2020 nepřesáhne hranici 30% nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 30%, ale nepřesáhne hranici 40% nebo -0,02 v případě, že tento podíl je větší než 40%, ale nepřesáhne hranici 60% nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60%.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v roce 2020 vykázány výkony 32410, 32420 nebo 63415 podle Seznamu zdravotních výkonů, vyžádané nebo provedené registrujícím poskytovatelem, k počtu těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v roce 2020 nepřesáhne hranici 20%, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20%, ale nepřesáhne hranici 40%, nebo -0,02 v případě, že je tento podíl větší než 40%, ale nepřesáhne hranici 60%, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60%.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV a IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v roce 2020 vykázan výkon 63053 a 63055 podle Seznamu zdravotních výkonů nebo úhrada za některý trimestr podle části II., odst. 4. V případě, že měl Poskytovatel v roce 2020 ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5% z počtu RUOP₂₀₂₀, IGV a IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

EM₂₀₂₀ je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtená podle Metodiky – Organizace péče o těhotnou pojištěnku, odst. 9. Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25% celkové úhrady dle části II., odst. 4.

F_(t) je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,08 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F_{(t)} = 0,45 \times K_{(t)} + 0,0255.$$

V případě, že Poskytovatel nepečoval v roce 2020 o žádnou těhotnou pojištěnku Zdravotní pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných $F_{(t)}$ ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných $K_{(t)}$ větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných ve výši $F_{(t)}$ ve výši 0,08.

K_(t) je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$K_{(t)} = \text{PTEH}_{2020} / \text{RUOP}_{2020}, \text{ kde}$$

PTEH₂₀₂₀ je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázan alespoň jeden z výkonů 63053, 63055 podle Seznamu zdravotních výkonů nebo úhrada za některý z trimestrů podle části II., odst. 4.

RUOP₂₀₂₀ je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u Poskytovatele alespoň jeden den v roce 2020.

7. Nad rámec smluvně sjednaných úhrad může být Poskytovateli vyplacena bonifikace dle Přílohy č. 1, který je nedílnou součástí tohoto Dodatku, v návaznosti na hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb Poskytovatelem ze strany pojištěnců.
8. Smluvní strany se dohodly, že hrazené zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady s hodnotou bodu 1,12 Kč/bod.
9. Smluvní strany se dohodly, že za každou Poskytovatelem vykázanou a Zdravotní pojišťovnou uznanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci Poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle Seznamu zdravotních výkonů výkonem 01543 uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku 55,- Kč. Za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření – v případě ambulantní gynekologů se tento výkon vykazuje rovněž

k výkonu preventivní prohlídky a v rámci vyšetření v prenatalní poradně. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle části II., odst. 6. tohoto Dodatku.

10. Zdravotní služby vyúčtované Poskytovatelem budou Zdravotní pojišťovnou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou ve výši níže uvedené. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vyúčtuje menší objem poskytnutých zdravotních služeb, než jaký odpovídá maximální výši měsíční předběžné úhrady, bude Poskytovateli v daném měsíci zapláceno výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Poskytovatel v dalším měsíci vyúčtuje vyšší objem poskytnutých zdravotních služeb, bude maximální výše měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

Maximální měsíční předběžná úhrada pro rok 2020	Kč
--	-----------

11. Smluvní strany se dohodly, že pro účely ocenění uznané péče bude použita hodnota bodu uvedená v části II., odst. 1., resp. odst. 2. písm. a), b) tohoto Dodatku.
12. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:
- 12.1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Do výpočtu regulace nebudou zahrnuty zdravotnické prostředky vykázané Poskytovatelem a schválené revizním lékařem Zdravotní pojišťovny s úhradou vyšší než 15 000,- Kč.
- 12.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádané výkony v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 (dále jen „Vyjmenované odbornosti“) v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon č. 95201, prováděné Poskytovatelem, který má se Zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období oceně podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1.1.2020 hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.
- 12.3. Referenčním obdobím se pro účely odstavce 12 rozumí rok 2018.
- 12.4. Regulační omezení podle odst. 12.1. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada Zdravotní pojišťovny za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli poskytujícími specializovanou ambulantní zdravotní péči v roce 2020 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2020 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 12.5. Regulační omezení podle odst. 12.2. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2020 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2020 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 12.6. Pokud Poskytovatel vykáže větší průměrný objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny, a Poskytovatel bezodkladně písemně po obdržení oznámení o výši regulační srážky prokáže, že k vykázaní většího objemu předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, došlo z nepředvídatelných a neovlivnitelných důvodů, které Poskytovateli objektivně znemožnily dodržet smluvně dohodnutý objem preskripce, respektive vyžádané péče, a bude neprodleně iniciovat jednání o navýšení referenčního průměru, dojde ze strany Zdravotní pojišťovny po odsouhlasení těchto skutečností k poměrnému navýšení referenčních průměrných hodnot, o čemž bude Poskytovatel písemně informován.
- 12.7. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenou smlouvu se Zdravotní pojišťovnou, použije Zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 12.1. a 12.2. tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- 12.8. Regulační omezení podle odst. 12.1. a 12.2. tohoto článku se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny při smluvně dohodnuté kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinčních hodin týdně. V případě smluvně dohodnuté kapacity poskytovaných služeb menší než 30 ordinčních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě smluvně dohodnutých zdravotních služeb.
- 12.9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle odst. 12.1. a 12.2. tohoto článku maximálně do výše odpovídající 25% objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZÚM a ZÚLP za rok 2020.

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Jméno Poskytovatele dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském rejstříku, event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená zdravotnickému zařízení Poskytovatele uveďte ve zvláštní příloze

13. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby v odbornosti 603 a 604 poskytnuté v roce 2020 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2020 do 31.12.2020, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2021.
14. V návaznosti na termíny pro vykázaní zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a regulační srážky dle předchozích ustanovení za rok 2020 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2020 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
15. V rámci finančního vyrovnání roku 2020 obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
16. 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.
17. V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde k nárůstu poskytnutých hrazených služeb proti příslušnému referenčnímu období z hlediska jejich celkového objemu nebo v průměru na jednoho ošetřeného pojištěnce, může Poskytovatel požádat Zdravotní pojišťovnu o navýšení úhrady. Žádost musí být písemná a musí obsahovat konkrétní objektivní důvody požadovaného navýšení úhrady. Zdravotní pojišťovna posoudí relevanci Poskytovatelem uvedených důvodů a uzná-li jeho žádost jako důvodnou, může nárůst poskytnutých hrazených služeb částečně nebo plně zohlednit a odpovídajícím způsobem následně upravit výslednou celkovou výši úhrady vypočtenou dle příslušných odstavců tohoto článku.

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 1.1.2020 do 31.12.2020.
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 poště, 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.
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.

V Praze dne _____

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele