

2015/37/26-20

**Dodatok č. 19**

**k Zmluve č. 11NOLU000411**

**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:

riaditeľka Krajskej pobočky v Trnave, Ing. Mária Hlbocká, PhD.

Adresa krajskej pobočky: Halenárska 22, P.O.BOX 5, 917 02 Trnava 2

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

a

**2. VITALITA n.o. LEHNICE**

so sídlom: 930 37 Lehnice č. 113

Zastúpený: Ing. Julius Slovák, riaditeľ

Identifikátor poskytovateľa: P20419

IČO : 36084328

Bankové spojenie : OTP Banka Slovensko, a.s.

Číslo účtu: SK98 5200 0000 0000 1611 9401

(ďalej len „poskytovateľ“)

**uzatvárajú**

tento dodatok k Zmluve č. 11NOLU000411 (ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2  
Predmet dodatku**

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

1. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.7.2015 mení časť Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej starostlivosti a nahrádza sa nasledovným znením:



## „Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti“

### I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do UZS.
2. Poisťovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hrazených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovní všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
5. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovní hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
7. Hospitalizácie na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistencov po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System). Hospitalizácia na oddelení pediatrickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hrozjacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútro žilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciu príjmu a výdaja tekutín, vrátane hodinovej diurézy, indikované laboratorné sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatrickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
8. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykazať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistrálnych cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žily, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie.
11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekársky predpis.
12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicoch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu



- poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
  17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
  18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
  19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
  20. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
  21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
  22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaraďenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
  23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
  24. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálne cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.
  25. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu.“
  26. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných ŠZM, bude hradený podľa bodu 24“.
  27. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
  28. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
    - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
    - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
    - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
    - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
    - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
  29. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.
  30. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:



- a) Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
- b) Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočky (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne
31. Vyhodnotenie liečby po implantácii ŠZM:
- a) Pooperačný výsledok vyhodnotí lekár pracoviska, ktoré poskytlo osobitne uhrádzanú ŠZM po troch mesiacoch od operácie. Vyhodnotenie zaznamená v Protokole o výsledku implantácie osobitne uhrádzanej ŠZM (ďalej len „protokol“), ktorý je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
- b) Protokol je vypracovaný v dvoch vyhotoveniach; jedno vyhotovenie protokolu o efektívnosti a výsledku vykonanej operácie si ponechá pracovisko ako súčasť zdravotnej dokumentácie poistenca a druhé vyhotovenie zašle pobočke poisťovne.
- c) Protokol o výsledku implantácie sa vyhotovuje pri implantácii ŠZM s kódmi: 110001 – 110002; 120010 – 120012; 120016 – 120017; 130004 – 130005; 130007 – 130008; 150001 – 150002 a 110014 – 110015.
32. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní finančne nákladných liekov v UZZ
- a) Poisťovňa považuje za finančne náročnú liečbu podanie lieku ako jedinej terapeutickú alternatívu, ktorá bola použitá v súlade s SPC a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Opatrenia MZ SR, ktorým sa vydáva Zoznam liekov a liečiv. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu finančne náročnej liečby, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia cenu ukončenej hospitalizácie. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
- b) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
- prepúšťacia lekárska správa,
  - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
  - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
  - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
  - kópia dokladu o nadobudnutí lieku ( faktúra od dodávateľa),
  - kópie žiadaní z ústavnej lekáreň s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
33. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

## II. Osobitné podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti – eHospik.

1. Poskytovateľ je povinný pomocou programu eHospik zasielať poisťovní najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“) vrátane osobitne hradených výkonov – OHV, diagnosticko – terapeutických výkonov, balíčkových TEP a vybraných operačných výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti (ďalej len „výkony uhrádzané v ústavnej starostlivosti“), v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na hospitalizáciu ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta.
2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlásenia.
3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť na zasielanie týchto údajov aj webové rozhranie na internetovej stránke poisťovne.
4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovní prostredníctvom programu eHospik najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovní prostredníctvom programu eHospik začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase



- neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase.
7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
  8. Za hospitalizáciu, ktorá nebola poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti a poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom poisťovne podľa bodu 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti.
  9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v programe eHospik nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti“.
  10. Výkony hrazené v ústavnej starostlivosti je poskytovateľ povinný zasielať poisťovni najneskôr od 1.7.2015 spôsobom uvedeným v bode 1 tejto časti.“
2. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.7.2015 vypúšťa znenie bodu 3. Ústavná zdravotná starostlivosť.

### Čl. 3 Záverečné ustanovenia

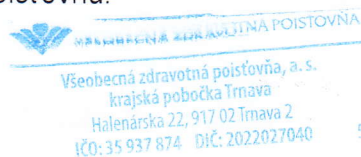
1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim 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 Trnave dňa 12.6.2015

Za poskytovateľa:

.....  
Ing. Július Slovák, riaditeľ

Za poisťovňu:



.....  
Ing. Mária Hlbocká, PhD.  
riaditeľka Krajskej pobočky v Trnave  
Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.