

Dodatek č. 32 **ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb**

č. 5H69A001 ze dne 21.4.2015 (dále jen „Smlouva“)
(Motivační program VZP PLUS pro ambulantní specialisty v odbornostech 101, 103, 107 a 404)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Osteomed s.r.o.
Sídlo (obec):	Trutnov
Ulice, č.p., PSČ:	Fritzova 896, 541 01
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud v Hradci Králové, oddíl C, vložka 32955, dne 19. 12. 2013	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Roman Tyl ; jednatel
IČ:	02398966
IČZ:	69283000

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	
Doručovací adresa (obec):	Pardubice
Ulice, č.p., PSČ:	Karla IV. 73, 530 02

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

Článek I. **Úvodní ustanovení**

- Smluvní strany s cílem podporovat zlepšení organizace a kvality ambulantních specializovaných služeb ve vybraných odbornostech a u vybraných chronických onemocnění a podporovat provádění sekundární prevence a časný záchyt vybraných onemocnění uzavírají tento Dodatek ke Smlouvě (dále jen „Dodatek“), kterým Poskytovatel vstupuje do Motivačního programu VZP PLUS pro ambulantní specialisty v odbornostech 101, 103, 107 a 404 (dále jen „program VZP PLUS“).
- Smluvní strany se v souladu s § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem, který vstoupil do programu VZP PLUS a uzavřel s Pojišťovnou základní úhradový dodatek č. 31 ke Smlouvě č. 5H69A001 (dále jen „standardní úhradový dodatek“), bude navýšena způsobem dále uvedeným v tomto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že tato dohoda upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby

a regulačních omezení pro rok 2024 (dále jen „Vyhláška“). Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

4. Hodnoceným obdobím se pro účely programu VZP PLUS rozumí rok 2024, přičemž do hodnoceného období budou zahrnuty hrazené služby poskytnuté poskytovateli zdravotních služeb v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024, vykázané nejpozději do 5. 3. 2025 a uznané Pojišťovnou.
5. Seznamem výkonů se rozumí vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále „Seznam výkonů“).

Článek II. Předmět Dodatku

1. Předmětem tohoto Dodatku je úprava vzájemných vztahů smluvních stran při realizaci programu VZP PLUS, přičemž tento program je realizován jen u těch poskytovatelů, kteří podepsali standardní úhradový dodatek a kteří splní níže uvedené podmínky účasti v programu VZP PLUS.
2. Cílem programu VZP PLUS je především:
 - a) podpora zlepšení organizace a kvality ambulantních specializovaných služeb ve vybraných odbornostech a u vybraných chronických onemocnění (diabetes mellitus II. typu, hypertenze, chronické srdeční selhání),
 - b) podpora provádění sekundární prevence a časného zachytu vybraných onemocnění (onkologické onemocnění kůže).
3. Za účelem naplnění cílů uvedených v odst. 2 tohoto článku vzniká Poskytovateli nárok na jednotlivé složky bonifikace, pokud splní uvedené podmínky a parametry definované pro každou složku bonifikace.

Článek III. Podmínky účasti v programu VZP PLUS

1. Poskytovatel komunikuje s Pojišťovnou prostřednictvím VZP POINT a předává dávky dokladů a faktury za poskytnuté hrazené služby elektronicky (prostřednictvím VZP POINT, resp. prostřednictvím svého SW s využitím B2B služeb).
2. V případě, že nebude podmínka uvedená v odst. 1 tohoto článku Poskytovatelem splňována od data akceptace Dodatku do 31. 12. 2024, zaniká účast Poskytovatele v programu VZP PLUS a ztrácí nárok na všechny bonifikace vyplývající z tohoto Dodatku.

Článek IV. Podpora KVALITY PÉČE

1. **Bonifikace za kvalitu péče o dispenzarizované pojištěnce s diabetem mellitem II. typu** bude realizována formou úhrady za každého pojištěnce s diabetem dispenzarizovaného na pracovištích Poskytovatele odbornosti 101 nebo 103, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
 - a) Bonifikace ve výši 400 Kč, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a obě kritéria uvedená v písm. d) a e) tohoto odstavce, nebo 100 Kč, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a jen jedno z kritérií uvedených v písm. d) nebo e) tohoto odstavce.
 - b) Za dispenzarizovaného pojištěnce s diabetem mellitem II. typu (dále „dispenzarizovaný diabetik“) se považuje pojištěnec Pojišťovny, který je v pravidelné péči daného pracoviště Poskytovatele a na kterého byl daným pracovištěm Poskytovatele za období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024 alespoň jednou vykázan výkon č. 09532 dle Seznamu výkonů společně s diagnózou E11*.
 - c) Každé kritérium uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce se vyhodnocuje na dané pracoviště Poskytovatele, a to za podmínky, že Poskytovatel na daném pracovišti v hodnoceném období dispenzarizoval alespoň 10 pojištěnců Pojišťovny s diabetem mellitem II. typu a zároveň, pokud Poskytovatel vykázal příslušný signální výkon alespoň u 80 % všech dispenzarizovaných diabetiků na daném pracovišti.
 - d) Kritérium kompenzace diabetu – vyšetření glykovaného hemoglobinu - Dispenzarizovaný diabetik nejméně jednou za rok absolvuje vyšetření glykovaného hemoglobinu v laboratoři nebo metodou POCT, přičemž výslednou hodnotu glykovaného hemoglobinu vykazuje dispenzarizující lékař (pracoviště Poskytovatele) prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 13111 (hodnota glykovaného hemoglobinu HBA1C nižší než 53 mmol/mol), 13112 (hodnota glykovaného hemoglobinu HBA1C v rozmezí od 53 mmol/mol do 56 mmol/mol), 13113 – hodnota glykovaného hemoglobinu HBA1C v rozmezí od 56 mmol/mol do 60 mmol/mol) nebo 13114 (hodnota glykovaného hemoglobinu HBA1C od 60 mmol/mol), kde hodnota „od“ v rámci jednotlivých signálních výkonů znamená včetně a hodnota „do“

znamená nižší než (pozn. pro hodnocení každého dispenzarizovaného diabetika se použije poslední vykázaná hodnota za rok 2024). Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných diabetiků na daném pracovišti Poskytovatele s hodnotou glykovaného hemoglobinu HbA1C nižší než 53 mmol/mol na všech dispenzarizovaných diabetických na daném pracovišti Poskytovatele bude alespoň 40 %, tj. u alespoň 40 % dispenzarizovaných diabetiků bude vykázan signální výkon VZP č. 13111.

- e) Kritérium prevence kardiovaskulárních onemocnění – vyšetření LDL cholesterolu - Dispenzarizovaný diabetik nejméně jednou za rok absolvuje vyšetření LDL cholesterolu v laboratoři (měřením nebo výpočtem), přičemž výslednou hodnotu LDL cholesterolu vykazuje dispenzarizující lékař (pracoviště Poskytovatele) prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 11311 (hodnot LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l), 11312 (hodnota LDL cholesterolu v rozmezí od 3,0 mmol/l do 3,2 mmol/l), 11313 (hodnota LDL cholesterolu v rozmezí od 3,2 mmol/l do 3,4 mmol/l) nebo 11314 (hodnota LDL cholesterolu od 3,4 mmol/l), kde hodnota „od“ v rámci jednotlivých signálních výkonů znamená včetně a hodnota „do“ znamená nižší než (pozn. pro hodnocení každého dispenzarizovaného diabetika se použije poslední vykázaná hodnota za rok 2024). Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných diabetiků na daném pracovišti Poskytovatele s hodnotou LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l na všech dispenzarizovaných diabetických na daném pracovišti Poskytovatele bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných diabetiků bude vykázan signální výkon VZP č. 11311.
- f) Signální výkony uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce vykazuje dispenzarizující poskytovatel ke klinickému vyšetření, a to buď k tomu, v rámci něhož bylo vyšetření indukováno, nebo k následnému klinickému vyšetření.

2. **Bonifikace za kvalitu péče o dispenzarizované pojištěnce s hypertenzí** bude realizována formou úhrady za každého pojištěnce s hypertenzí dispenzarizovaného na daném pracovištích Poskytovatele v odbornosti 101 nebo 107, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:

- a) Bonifikace ve výši 400 Kč, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a obě kritéria uvedená v písm. d) a e) tohoto odstavce, nebo 100 Kč, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a jen jedno z kritérií uvedených v písm. d) nebo e) tohoto odstavce.
- b) Za dispenzarizovaného pojištěnce s hypertenzí (dále „dispenzarizovaný hypertonik“) se považuje pojištěnec Pojišťovny, který je v pravidelné péči daného pracoviště Poskytovatele a na kterého byl daným pracovištěm Poskytovatele za období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024 alespoň jednou vykázan výkon č. 09532 dle Seznamu výkonů společně s diagnózou I10* až I15*.
- c) Každé kritérium uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce se vyhodnocuje na dané pracoviště Poskytovatele a to za podmínky, že Poskytovatel na daném pracovišti dispenzarizoval v roce 2024 alespoň 10 pojištěnců Pojišťovny s hypertenzí, a zároveň vykázal příslušný signální výkon alespoň u 80 % všech dispenzarizovaných hypertoniků na daném pracovišti.
- d) Kritérium sledování hodnoty krevního tlaku - Dispenzarizovaný hypertonik nejméně dvakrát za rok absolvuje měření krevního tlaku lékařem, přičemž výslednou hodnotu naměřeného krevního tlaku vykazuje dispenzarizující lékař (pracoviště Poskytovatele) prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 17711 (hodnota systolického tlaku krve do 140 mmHg), 17712 (hodnota systolického tlaku krve v rozmezí od 140 mmHg do 145 mmHg), 17713 (hodnota systolického tlaku krve v rozmezí od 145 mmHg do 150 mmHg) nebo 17714 (hodnota systolického tlaku krve nad 150 mmHg), kde hodnota „od“ v rámci jednotlivých signálních výkonů znamená včetně a hodnota „do“ znamená nižší než (pozn. pro hodnocení každého dispenzarizovaného hypertonika se použije poslední vykázaná hodnota za rok 2024). Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných hypertoniků na daném pracovišti Poskytovatele s hodnotou systolického tlaku krve do 140 mmHg na všech dispenzarizovaných hypertonicích na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných hypertoniků bude vykázan signální výkon VZP č. 17711.
- e) Kritérium prevence kardiovaskulárních onemocnění – vyšetření LDL cholesterolu - Dispenzarizovaný hypertonik nejméně jednou za rok absolvuje vyšetření LDL cholesterolu v laboratoři (měřením nebo výpočtem), přičemž výslednou hodnotu LDL cholesterolu vykazuje dispenzarizující lékař (pracoviště Poskytovatele) prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 11311 (hodnot LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l), 11312 (hodnota LDL cholesterolu v rozmezí od 3,0 mmol/l do 3,2 mmol/l), 11313 (hodnota LDL cholesterolu v rozmezí od 3,2 mmol/l do 3,4 mmol/l) nebo 11314 (hodnota LDL cholesterolu od 3,4 mmol/l), kde hodnota „od“ v rámci jednotlivých signálních výkonů znamená včetně a hodnota „do“ znamená nižší než (pozn. pro hodnocení každého dispenzarizovaného hypertonika se použije poslední vykázaná hodnota za rok 2024). Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných hypertoniků na daném pracovišti Poskytovatele s hodnotou LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l na všech dispenzarizovaných hypertonicích na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných hypertoniků bude vykázan signální výkon VZP č. 11311.
- f) Signální výkony uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce vykazuje dispenzarizující poskytovatel ke klinickému vyšetření, a to buď k tomu, v rámci něhož bylo vyšetření indukováno, nebo k následnému klinickému vyšetření.

3. **Bonifikace za kvalitu péče o dispenzarizované pojištěnce s chronickým srdečním selháním** bude realizována formou úhrady za každého pojištěnce s chronickým srdečním selháním dispenzarizovaného na pracovištích Poskytovatele v odbornosti 107, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
- a) Bonifikace ve výši 500 Kč, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a všechna kritéria uvedená v písm. d) až f) tohoto odstavce, nebo 400 Kč, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a dvě kritéria uvedená v písm. d) až f) tohoto odstavce, nebo 200 Kč, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a jedno z kritérií uvedených v písm. d) až f) tohoto odstavce.
 - b) Za dispenzarizovaného pojištěnce s chronickým srdečním selháním (dále „dispenzarizovaný pojištěnec s CHSS“) se považuje pojištěnec Pojišťovny, který je v pravidelné péči daného pracoviště Poskytovatele a na kterého byl daným pracovištěm Poskytovatele za období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024 alespoň jednou vykázan výkon č. 09532 dle Seznamu výkonů společně s diagnózou I50*.
 - c) Každé kritérium uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce se vyhodnocuje na dané pracoviště Poskytovatele a to za podmínky, že Poskytovatel na daném pracovišti dispenzarizoval v roce 2024 alespoň 15 pojištěnců Pojišťovny s chronickým srdečním selháním.
 - d) Kritérium optimální farmakoterapie srdečního selhání (pozn. optimální farmakoterapie CHSS je definována jako léčba 4 základními molekulami, které snižují mortalitu a rehospitalizace pro srdeční selhání - ACEi/ARB, betablokátory, MRA, SGLT2 - s jejich postupnou uptitrací a dosažením cílových dávek) - kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných pojištěnců s CHSS na daném pracovišti Poskytovatele, u kterých byla nastavena optimální farmakoterapie, na všech dispenzarizovaných pojištěncích s CHSS na daném pracovišti, bude alespoň 50 %. Za nastavení optimální farmakoterapie se považuje stav, kdy alespoň u 50 % dispenzarizovaných pojištěnců s CHSS bude poskytovatelem lékárenské péče v hodnoceném období vykázan alespoň jeden kód (jedno balení) léčivého přípravku z každé z těchto čtyř skupin molekul, a to bez ohledu na to, kterým poskytovatelem byl léčivý přípravek předepsán:
 - i. 1. skupina: Inhibitory ACE (Captopril - C09AA01; Enalapril - C09AA02; Lisinopril - C09AA03; Ramipril - C09AA05; Trandolapril - C09AA10) nebo ARNI (Sacubitril/valsartan - C09DX04).
 - ii. 2. skupina: Beta-blokátory (Bisoprolol - C07AB07; Carvedilol - C07AG02; Metoprolol - C07AB02; Nebivolol - C07AB12).
 - iii. 3. skupina: MRA (Eplerenon - C03DA04; Spironolacton - C03DA01).
 - iv. 4. skupina: Inhibitory SGLT2 (Dapagliflozin – A10BK01; Empagliflozin - A10BK03).
 - e) Prevence progresu srdečního selhání a monitorace vývoje základního onemocnění – provedení specializovaného echokardiografického vyšetření - Dispenzarizovaný pojištěnec s CHSS nejméně jednou za rok absolvuje vyšetření prostřednictvím specializovaného echokardiografického vyšetření. Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných pojištěnců s CHSS na daném pracovišti Poskytovatele vyšetřených specializovanou echokardiografií na všech dispenzarizovaných pojištěncích s CHSS na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných pojištěnců s CHSS bude v hodnoceném období Poskytovatelem vykázan výkon č. 17261 nebo 17271 dle Seznamu výkonů.
 - f) Monitorace kompenzace pacientů se srdečním selháním - stanovení hodnoty natriuretických peptidů (NTpro BNP nebo BNP) - Dispenzarizovaný pojištěnec s CHSS nejméně jednou za rok absolvuje vyšetření natriuretických peptidů v séru a v plazmě. Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných pojištěnců s CHSS na daném pracovišti Poskytovatele, u kterých Poskytovatel indikoval a poskytovatel laboratorní péče vykázal vyšetření natriuretických peptidů v séru a v plazmě (NTpro BNP nebo BNP) na všech dispenzarizovaných pojištěncích s CHSS na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných pojištěnců s CHSS bude v hodnoceném období Poskytovatelem indikován a poskytovatelem laboratorní péče vykázan výkon č. 81731 dle Seznamu výkonů.
4. V rámci podpory organizace hrazených služeb o chronické pojištěnce s diabetem, hypertenzí a chronickým srdečním selháním se smluvní strany dohodly, že Pojišťovna u Poskytovatele v případě pracovišť odbornosti 101, 103 a 107 neuplatní regulační mechanismy dle části B) přílohy č. 3 Vyhlášky.

Článek V. Podpora PREVENTIVNÍ PÉČE

1. **Bonifikace za zajištění prevence onkologických onemocnění kůže u ambulantních dermatologů** bude realizována formou úhrady za každého pojištěnce ošetřeného optickým dermatoskopem (tj. za každého unikátního pojištěnce Pojišťovny s vykázaným alespoň jedním výkonem VZP č. 44401 nebo 44402) na pracovištích Poskytovatele v odbornosti 404, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
- a) Poskytovatel je povinen na pracovištích vykazovat tyto signální výkony, pokud provede preventivní vyšetření pojištěnce Pojišťovny prostřednictvím optického dermatoskopu:

- i. 44401 – (VZP) Signální výkon - Preventivní optická dermatoskopie celotělová – nález onkologicky negativní (*Výkon se vykazuje v případě, že poskytovatel u daného pacienta provede v rámci klinického vyšetření preventivní vyšetření kožních nádorů bez patologických nálezů. Je-li vyšetření uzavřeno jako onkologicky negativní, pak další preventivní vyšetření optickým dermatoskopem lze vykázat nejdříve za 12 měsíců. Jedná se o signální výkon, který je ohodnocen 0 body a který se vykazuje ke klinickému vyšetření.*)
 - ii. 44402 – (VZP) Signální výkon - Preventivní optická dermatoskopie celotělová – nález onkologicky pozitivní (*Výkon se vykazuje v případě, že poskytovatel u daného pacienta provede v rámci klinického vyšetření preventivní vyšetření kožních nádorů s patologickými nálezy a je indikován další léčebný postup. Je-li vyšetření uzavřeno jako onkologicky pozitivní, pak následuje histologické vyšetření suspektního ložiska. Jedná se o signální výkon, který je ohodnocen 0 body a který se vykazuje ke klinickému vyšetření.*)
- b) Dále je Poskytovatel oprávněn vykazovat výkon VZP č. 44400 – Sledování chronického pacienta v ambulanci dermatovenerologa, a to u pacientů, které má v pravidelné péči s příslušnou diagnózou, která nepodléhá dispenzární péči. Výkon se vykazuje vždy společně s výkonem příslušného klinického vyšetření. Výkon je ohodnocen 10 body a je hrazen s hodnotou bodu dle standardního úhradového dodatku.
- c) Bonifikace uvedená v písm. d) tohoto odstavce se vyhodnocuje na dané pracoviště Poskytovatele za podmínky, že Poskytovatel na daném pracovišti odbornosti 404 provedl a vykázal v hodnoceném období výkon vyšetření optickým dermatoskopem (VZP výkon č. 44401 nebo 44402) u alespoň 100 unikátních pojištěnců Pojišťovny.
- d) Bonifikace pro dané pracoviště Poskytovatele v odbornosti 404 se stanoví dle níže uvedeného výpočtu, pokud bude splněna podmínka uvedená v písm. c) tohoto odstavce a zároveň:
- i. pokud podíl unikátních chronických pojištěnců, tj. pojištěnců Pojišťovny, na které Poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 dle Seznamu výkonů nebo výkon VZP č. 44400 a u kterých Poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní vyšetření optickým dermatoskopem (vykázány výkony VZP č. 44401 nebo 44402), na celkovém počtu chronických pojištěnců sledovaných na daném pracovišti Poskytovatele dosáhne alespoň 20 % ($\text{PodílChronici}_{2024}$) nebo
 - ii. pokud podíl ostatních unikátních ošetřených pojištěnců Pojišťovny, tj. bez unikátních chronických pojištěnců, u kterých Poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní vyšetření optickým dermatoskopem (vykázány výkony VZP č. 44401 nebo 44402), na celkovém počtu ostatních pojištěnců Pojišťovny ošetřených na daném pracovišti Poskytovatele dosáhne alespoň 30 % ($\text{PodílOSTUOP}_{2024}$):

$$BON_{404} = 150 \text{ Kč} + \max\{0; 100 \text{ Kč} * (\text{PodílChronici}_{2024} + \text{PodílOSTUOP}_{2024} - 0,5)\}$$

Kde:

BON_{404} – vypočtená bonifikace za preventivní vyšetření optickým dermatoskopem;

\max – funkce maximum, která vybere vyšší z hodnot.

Článek VI. Výsledná bonifikace a další ustanovení

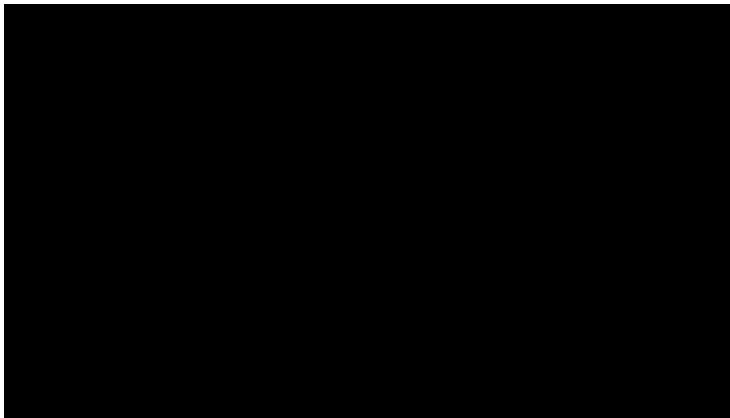
- Úhrada bonifikací vypočtených dle článku IV. až V. bude finančně vypořádána do 30. 6. 2025.
- Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům definovaným v § 1 vyhlášky nejsou hrazeny dle tohoto Dodatku.

Článek VII. Závěrečná ustanovení

- Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
- Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku do 30. 11. 2024, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024. Za akceptaci považují smluvní strany doručení tohoto Dodatku, opatřeného podpisem osoby oprávněné za Poskytovatele podepisovat, ve výše uvedené lhůtě Pojišťovně. Neakceptuje-li ve výše uvedené lhůtě Poskytovatel návrh tohoto Dodatku, nabídka Pojišťovny zaniká.

3. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
4. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

Za Poskytovatele



Za Pojišťovnu

