

Dodatek č. 1
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb
č. 2404M012 ze dne 10. 12. 2024 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel akutní lůžkové péče)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Institut klinické a experimentální medicíny v Praze
Sídlo (obec):	Praha 4
Ulice, č.p., PSČ:	Vídeňská 1958/9, 140 21
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">nezapíše se	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Helena Rögnerová ředitelka
IČ:	00023001
IČZ:	04002000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Praha, pobočka pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	
Doručovací adresa (obec):	Praha 1
Ulice, č.p., PSČ:	Na Perštýně 359/6, 110 01

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025 bude prováděna způsobem stanoveným ve vyhlášce č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 (dále jen „Vyhláška“), s výjimkami dohodnutými v souladu s ustanovením § 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“), uvedenými v čl. II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX a X tohoto dodatku (dále jen „Dodatek“).
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v čl. II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX a X tohoto Dodatku upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví Vyhláška. Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost podle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.
- Není-li mezi smluvními stranami dohodnuto jinak, odpovídá obsah pojmů použitých v tomto Dodatku jejich definici uvedené ve Vyhlášce.

Článek II.

1. Vyšetření diabetické retinopatie poskytnuté pojištěncům a zahraničním pojištěncům v odbornosti 103 se vykazuje následujícími výkony:
 - a) 13117 – (VZP) VYŠETŘENÍ DIABETICKÉ RETINOPATIE POMOCÍ POČÍTAČOVÉ ANALÝZY DIGITÁLNÍCH SNÍMKŮ SÍTNICE – VÝSLEDEK POZITIVNÍ,
 - b) 13118 – (VZP) VYŠETŘENÍ DIABETICKÉ RETINOPATIE POMOCÍ POČÍTAČOVÉ ANALÝZY DIGITÁLNÍCH SNÍMKŮ SÍTNICE – VÝSLEDEK NEGATIVNÍ,
 - c) 13119 – (VZP) VYŠETŘENÍ DIABETICKÉ RETINOPATIE POMOCÍ POČÍTAČOVÉ ANALÝZY DIGITÁLNÍCH SNÍMKŮ SÍTNICE – VÝSLEDEK NEHODNOTITELNÝ.
2. Pro výkon 13117, 13118 a 13119 poskytnuté pojištěncům v ambulantní péči v odbornosti 103 se hodnota bodu stanoví ve výši 1,51 Kč.
3. Hrazené služby uvedené v tomto článku, poskytnuté pojištěncům v ambulantní péči v odbornosti 103 se pro účely výpočtu úhrady podle části A bodu 7.21 přílohy č. 1 k Vyhlášce považují za vykázané hrazené služby podle části A bodu 7.16 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek III.

1. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům a zahraničním pojištěncům v souvislosti s operací katarakty (dále jen „OKA“) v ambulantní péči se vykazují podle typu použitého materiálu (nitrooční čočky) následujícími výkony:
 - a) 75999 – (VZP) OPERACE KATARAKTY S POUŽITÍM HYDROFILNÍ NEBO TVRDÉ ČOČKY,
 - b) 75992 – (VZP) OPERACE KATARAKTY S POUŽITÍM HYDROFOBNI ČOČKY,
 - c) 75993 – (VZP) OPERACE KATARAKTY S POUŽITÍM TORICKÉ ČOČKY(dále jen „výkony OKA“).
2. Pro výkon 75999 poskytnutý pojištěncům a zahraničním pojištěncům v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 11 654 Kč, pro výkon 75992 poskytnutý pojištěncům a zahraničním pojištěncům v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 16 200 Kč, pro výkon 75993 poskytnutý pojištěncům a zahraničním pojištěncům v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 16 527 Kč.
3. Indikačním kritériem pro výkon 75993 je rohovkový astigmatismus, který je roven nebo vyšší než 2,0 dioptrie.
4. U pojištěnců a zahraničních pojištěnců, kteří v průběhu roku 2025 nedosáhli věk 41 let, je úhrada výkonu OKA podmíněna předchozím schválením revizním lékařem příslušné regionální pobočky Pojišťovny.
5. Podmínkou úhrady OKA je uchování štítku pro identifikaci použité nitrooční čočky ve zdravotnické dokumentaci jednotlivých pojištěnců a zahraničních pojištěnců.
6. Výkony OKA obsahují soubor následujících hrazených služeb:
 - a) výkon 75021 – KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ OFTALMOLOGEM,
 - b) výkon 75022 – CÍLENÉ VYŠETŘENÍ OFTALMOLOGEM,
 - c) výkon 75163 – VYŠETŘENÍ REFRAKCE AUTOREFRAKTOREM (1 OKO),
 - d) výkon 75151 – ECHO OČNÍ BIOMETRIE (1 OKO),
 - e) výkon 75155 – FOTO PŘEDNÍHO SEGMENTU, FOTO FUNDU – 1 OKO,
 - f) výkon 75427 – FAKOEMULZIFIKACE – 1 OKO,
 - g) výkon implantace nitrooční čočky: 75347 – IMPLANTACE NITROOČNÍ ČOČKY – PMMA (1 OKO) nebo 75348 – IMPLANTACE NITROOČNÍ ČOČKY – MĚKKÁ (FOLDABLE) (1 OKO),
 - h) výkon 71823 – POUŽITÍ MIKROSKOPU PŘI OPERAČNÍM VÝKONU Å 10 MINUT.
7. Poskytovatel je povinen v rámci vyhodnocení kvality poskytovaných hrazených služeb vykázat příslušný výkon 75994 – (VZP) SUBLUXACE NITROOČNÍ ČOČKY, 75996 – (VZP) INTUMESCENTNÍ KATARAKTA, 75997 – (VZP) UVOLNĚNÝ ZÁVĚSNÝ APARÁT a 75998 – (VZP) RUPTURA ZADNÍHO POUZDRA.

8. Poskytovatel je povinen současně s výkony OKA vykazovat výkony označující operovanou stranu (oko): 09567 – ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ a 09569 – ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ.
9. V období 90 dnů předcházejících provedení OKA není Poskytovatel oprávněn u pojištěnce a zahraničního pojištěnce, kterému je tato OKA provedena, vykazat výkony vyšetření pro zjištění optické mohutnosti vkládané čočky a biometrie bulbu (vyšetření refrakce autorefraktorem a echo oční biometrie), neboť tyto výkony jsou součástí výkonů OKA.
10. V den provedení OKA není Poskytovatel oprávněn na dané číslo pojištěnce a zahraničního pojištěnce vykazat žádný jiný výkon v odbornosti 705 než výkon OKA uvedený v odst. 1 tohoto článku, neboť veškeré hrazené služby touto odborností poskytnuté v den provedení OKA jsou součástí výkonu OKA. K výkonu OKA nebude vykazován žádný ZUM. V období vykazání výkonu OKA nesmí být pojištěnec a zahraniční pojištěnec hospitalizován na akutním lůžku.
11. Spolu s vykazáním výkonu OKA je Poskytovatel oprávněn vykazat jeden výkon 09543 – SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ.
12. Hrazené služby uvedené v odst. 1, 7 a 8 tohoto článku, poskytnuté pojištěncům se pro účely výpočtu úhrady podle části A bodu 7.21 přílohy č. 1 k Vyhlášce považují za vykázané hrazené služby podle části A bodu 7.16 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek IV.

1. Laboratorní metody molekulární genetiky s vyšetřením germinálního genomu, poskytnuté pojištěncům a zahraničním pojištěncům v souvislosti s hlavními diagnózami uvedenými v příloze č. 1 k tomuto Dodatku – Číselník metod molekulární genetiky s vyšetřením germinálního genomu odb. 816 – laboratoř lékařské genetiky (dále jen „Číselník“) ve sloupci MKN/ORPHA, je Poskytovatel při splnění všech dalších kritérií uvedených v Číselníku oprávněn vykazat výhradně kódy výkonů uvedenými v tomto odstavci za předpokladu, že jejich poskytování bylo mezi smluvními stranami sjednáno v příloze č. 2 Smlouvy.

Kód výkonu	Název	Cena (Kč)
94946	Def. faktoru V (Leiden)	1 521
94947	Faktor II 20210G>A	1 521
94949	Vyšetření 5 trombofilních mutací společně	5 420
94950	Cystická fibróza	10 175
94951	Ankylozující spondylitida	1 854
94952	Delece AZF oblasti na chromozomu Y (sterilita u mužů) a determinace pohlaví (SRY, ZFX, ZFY)	4 026
94953	Defekt apolipoproteinu E	2 050
94954	Inhibitor aktivátoru plazminogenu (PAI-1)	1 025
94955	Hemochromatóza	3 075
94956	Familiární hypercholesterolemie typu B, familiární defekt apolipoproteinu B-100 (FDB)	1 025
94957	Cytochrom P450, polypeptid 2C9 + VKORC 1	2 050
94958	Glykoprotein IIIa (trombocytopenie)	2 050
94959	Angiotenzin konvertující enzym (hypertenze, Alzheimerova choroba)	1 025
94960	Celiakální sprue	4 831
94961	Def. faktoru XIII (koagulace, stabilita fibrinu)	1 025
94962	Beta-fibrinogen (FGB)	1 025

Kód výkonu	Název	Cena (Kč)
94963	Laktózová intolerance	2 050
94964	Def. alfa-1-antitrypsinu	2 050
94965	Thiopurin S-metyltransferáza	3 075
94966	Cytochrom P450 2C19	3 075
94967	Aneuploidie chromozomů 13, 18, 21, X a Y metodou QF PCR	7 875
94968	Hluchota (nesyndromální) – DFNB1	5 030
94969	Wilsonova choroba (WD)	28 350
94970	Spinální svalová atrofie	7 796
94971	Sy. fragilního X (FRAXA) – základní vyš.	1 708
94972	Sy. fragilního X (FRAXA) – stanovení rozsahu mutace (komplexní diagnostika)	9 450
94979	Svalová dystrofie typ Duchenne/Becker	15 593
94980	Myotonická dystrofie typu I (DM1)	12 077
94981	Hereditární nádorové syndromy (NGS do 100 genů)	41 580
94982	Komplexní molekulární analýza 1 (NGS ≤ 20 genů)	28 875
94983	Komplexní molekulární analýza 2 (NGS 21 – 100 genů)	41 580
94984	Komplexní molekulární analýza 3 (NGS > 101 genů)	60 060
94994	Molekulární analýza prenatální s nízkým rozlišením	14 175

Poskytovatel je povinen vykazovat kód hierarchické dg. ORPHA klasifikace.

2. V případě vyšetření geneticky příbuzných osob (se zvýšeným rizikem – dle typu dědičnosti daného onemocnění) probanda se cílené vyšetření nalezené genetické alterace vykazuje výkony podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
3. Pokud by Poskytovatel hrazené služby uvedené v odst. 1 tohoto článku vykázal jinými kódy výkonů, např. výkony podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, nebudou Pojišťovnou uhrazeny.
4. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům a zahraničním pojištěncům v souvislosti s hlavní diagnózou neuvedenou v Číselníku se vykazují výkony pro germinální genom podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
5. V případě, že poskytovatel v odbornosti 208 indikuje další doplňující vyšetření k péči vykázané výkony uvedenými v odst. 1 tohoto článku na stejné číslo pojištěnce nebo zahraničního pojištěnce a stejnou hlavní diagnózu, je Poskytovatel povinen současně vykázat výkon 94948 – (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON – DOVYŠETŘENÍ PACIENTA.
6. Hrazené služby uvedené v tomto článku, poskytnuté pojištěncům v ambulantní péči se pro účely výpočtu úhrady podle části A bodu 7.21 přílohy č. 1 k Vyhlášce považují za vykázané hrazené služby podle části A bodu 7.17 písm. b) přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek V.

1. Management časného záchytu osteoporózy a péče o pacienta s osteoporózou poskytnuté v rámci populačního programu časného záchytu osteoporózy pojištěncům a zahraničním pojištěncům se vykazuje následujícími výkony:

- a) 11320 – (VZP) MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY PRAKTICKÝM LÉKAŘEM NEBO GYNEKOLOGEM – JE INDIKOVÁNO DXA,
 - b) 11321 – (VZP) MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY PRAKTICKÝM LÉKAŘEM NEBO GYNEKOLOGEM – NENÍ INDIKOVÁNO DXA,
 - c) 11327 – (VZP) PÉČE O PACIENTA S DIAGNOSTIKOVANOU OSTEOPORÓZOU LÉČENOU U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE NEBO GYNEKOLOGA.
- 2. Pro výkon 11320, 11321 a 11327 poskytnuté pojištěncům v ambulantní péči v odbornosti 603 se úhrada stanoví s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč.
 - 3. Hrazené služby uvedené v tomto článku, poskytnuté pojištěncům se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 7.21 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek VI.

- 1. Denzitometrické vyšetření poskytnuté v rámci populačního programu časného zachytu osteoporózy pojištěncům a zahraničním pojištěncům se vykazuje následujícími výkony:
 - a) 11322 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $\geq -1,0$,
 - b) 11323 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $< -1; -2 >$,
 - c) 11324 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $< -2,1; -2,4 >$,
 - d) 11325 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $\leq -2,5$,
 - e) 11326 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $\leq -3,5$ (V KTERÉKOLI MĚŘENÉ LOKALITĚ).
- 2. Podmínky provádění a bodové ohodnocení výkonů uvedených v odst. 1 tohoto článku jsou totožné s výkonem 89312 podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- 3. Pro výkon 11322, 11323, 11324, 11325 a 11326 poskytnuté pojištěncům v ambulantní péči se úhrada stanoví s hodnotou bodu ve výši 0,96 Kč.
- 4. Hrazené služby uvedené v odst. 1 tohoto článku, poskytnuté pojištěncům se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 7.21 přílohy č. 1 k Vyhlášce.
- 5. Hrazené služby uvedené v odst. 1 tohoto článku se nezahrnují do vyžádané péče pro účely regulačního omezení na vyžádanou péči podle části C bodu 2 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek VII.

- 1. Poskytovatel současně s každým výkonem 51902 poskytnutým pojištěncům a zahraničním pojištěncům vykazuje výkon 76665 – (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON – ODESLÁNA ŽÁDOST K ZAŘAZENÍ PACIENTA NA WL nebo výkon 76666 – (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON – ZAŘAZENÍ PACIENTA NA WL NEDOPORUČENO.
- 2. Poskytovatel je dále oprávněn vykázat výkon 76667 – (VZP) VYŠETŘENÍ ŽIJÍCÍHO DÁRCE LEDVINY poskytnutý pojištěncům a zahraničním pojištěncům.
- 3. Pro výkon 76665 a 76666 poskytnuté pojištěncům a zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví ve výši 10 000 Kč, pro výkon 76667 poskytnutý pojištěncům a zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví ve výši 20 000 Kč.
- 4. Výkony 76665, 76666 a 76667 poskytnuté pojištěncům se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 3, 4, 5, 6 a 7 přílohy č. 1 k Vyhlášce.
- 5. Výkony 76665, 76666 a 76667 poskytnuté zahraničním pojištěncům se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 6 a 7 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek VIII.

1. Poskytovatel, který splňuje technické vybavení, současně s každým výkonem ošetrovacího dne podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, s výjimkou výkonů ošetrovacího dne 00031, 00032, 00041, 00042, 00043, 00098, 00099, 11305, 11306, 31150, 31151 a 42050 poskytnutým pojištěncům a zahraničním pojištěncům s extrémní obezitou vykazuje výkon 99951 – (VZP) BONIFIKAČNÍ KÓD ZA HOSPITALIZACI PACIENTA S MORBIDNÍ OBEZITOU S HMOTNOSTÍ OD 160 KG DO 200 KG V LŮŽKOVÉ PÉČI nebo výkon 99952 – (VZP) BONIFIKAČNÍ KÓD ZA HOSPITALIZACI PACIENTA S MORBIDNÍ OBEZITOU S HMOTNOSTÍ NAD 200 KG V LŮŽKOVÉ PÉČI, sjednané v příloze č. 2 Smlouvy.
2. Bonifikace vyšší náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty s extrémní obezitou vykázané výkonem 99951 se stanoví ve výši 200 Kč, bonifikace vyšší náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty s extrémní obezitou vykázané výkonem 99952 se stanoví ve výši 300 Kč.
3. Výkony 99951 a 99952 poskytnuté pojištěncům se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 3, 4, 5 a 6 přílohy č. 1 k Vyhlášce.
4. Výkony 99951 a 99952 poskytnuté zahraničním pojištěncům se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 6 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek IX.

1. Poskytovatel doloží čestným prohlášením uvedeným v příloze č. 2 k tomuto Dodatku:
 - a) nezajištění péče na urgentním příjmu po celé hodnocené období v nepřetržitém režimu a výpadek provozu přesahující 72 hodin za celé hodnocené období,
 - b) provozování elektronického objednávkového systému na ambulantních pracovištích,
 - c) zapojení do systému elektronické distribuce obrazových dat po celé hodnocené období.
2. Poskytovatel předloží Pojišťovně čestné prohlášení do 31. 1. 2026.

Článek X.


1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předává Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady. Předběžné úhrady se považují za zálohy a finančně se vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení.
2. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu ve výši fakturované částky, maximálně však ve sjednané výši **307 029 097,00 Kč**.
3. Předání faktury na částku převyšující maximální výši předběžné měsíční úhrady opravňuje Pojišťovnu k vrácení faktury Poskytovateli k opravě; v takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
4. Poskytovatel v souladu se Smlouvou písemně oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů Pojišťovně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit poskytování hrazených služeb zakládající nárok na sjednanou výši předběžné měsíční úhrady.
5. Pokud dojde u Poskytovatele ke změně v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců, Pojišťovna sjedná s Poskytovatelem odpovídající úpravu maximální výše předběžné měsíční úhrady.
6. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to nejdříve deset dnů poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.
7. Hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem před 1. 1. 2025 se hradí způsobem dohodnutým ve Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb č. 1804M002 ze dne 11. 12. 2018. Pro úhradu těchto hrazených služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty.

8. Poskytovatel v souladu s ustanovením § 11 odst. 1 písm. d) ZVZP není oprávněn za hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.

Článek XI.

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025.
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

