

ANEKS DO UMOWY Nr /
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- LECZENIE STOMATOLOGICZNE

zawarty w, dniaroku,
między:

Narodowym Funduszem Zdrowia - Oddziałem
Wojewódzkim w z siedzibą:
..... (adres), reprezentowanym przez:
....., zwanym dalej
„oddziałem Funduszu”

a

.....
(oznaczenie Świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy
w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.),
zwanej dalej „ustawą”

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez:

Strony zgodnie postanawiają, co następuje:

§ 1. W § 4:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji
umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi
maksymalnie.....zł (słownie:zł).”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków na
świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób
określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o
świadczeniach, tj. na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, kwota

nieprzekazanych środków podlega zwrotowi.”,

§ 2. W § 7 ust.5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5. W przypadku nieprzekazania przez Świadczeniodawcę informacji stanowiących podstawę określenia wysokości środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, Fundusz nakłada karę umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

6. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, dedykowanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, tj. na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.”.

§ 2. Pozostałe warunki umowy pozostają bez zmian.

§ 3. Aneks do umowy sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....
Oddział Funduszu

.....
Świadczeniodawca