**ANEKS Nr ……/ DO UMOWY** **Nr ....../.....**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**02/1 ambulatoryjna opieka specjalistyczna/**

**02/3 ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne)/**

**02/4 ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z choroba przewlekła (KAOS)/**

**03/1 leczenie szpitalne/**

**03/3 leczenie szpitalne – chemioterapia/**

**03/5 leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe)/**

**03/4 leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku/**

**07/1 leczenie stomatologiczne/**

**08/1 lecznictwo uzdrowiskowe/**

**15/1 opieka paliatywna i hospicyjna/**

**04/1 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień/**

**17/1 pomoc doraźna i transport sanitarny/**

**10/1 profilaktyczne programy zdrowotne/**

**05/1 rehabilitacja lecznicza/**

**14/1 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej/**

**11/1 świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie/**

**11/2 świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie- Teleradioterapia stereotaktyczna/Kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej/Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLPR-1)/**

**11/3 świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – Leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej (LSPB)[[1]](#footnote-1)**

zawarty w ...................................................., dnia …............................................ roku, pomiędzy:

**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 2015 r., poz. 581, z późn. zm.)

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

……….............................................................................................................................

Strony zgodnie postanawiają, co następuje:

1. W § 4:
2. 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:............................……………………...……………).”.

1. ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU w okresie od dnia ……………….do dnia……………………r., w wysokości…………………..zł (*słownie*:…………………….).”.

1. Załącznik nr 1 do umowy –Plan Rzeczowo-finansowy otrzymuje brzmienie określone w załączniku do aneksu do umowy.
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

Załącznik:

Plan rzeczowo-finansowy

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)