**ANEKS ………………………….**

**do umowy nr …………………………………………..**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**- LECZENIE SZPITALNE -**

**CHEMIOTERAPIA**

**z dnia………….**

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

**Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa:** …………………………………………… (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) **–** ………………………………………… (wskazanie stanowiska) .………………………… (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą** **w** ................................................................................................................................ (adres),

na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw1 nr………....... z dnia……………/ i nr ......... z dnia…........../, zwanym dalej **„Funduszem”**

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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.),*

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

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

**§ 1.**

Na podstawie § 24 ust. 11 i 12 zarządzenia Nr ……………. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia ……………. …..r. w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, w związku z wnioskiem świadczeniodawcy z dnia…………..r. dotyczącym rozliczania świadczeń udzielonych na rzecz świadczeniobiorców przyjętych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego / do ukończenia 18. roku życia1, w okresie od dnia…………r. do dnia……………..r., w umowie nr…………….. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – chemioterapia, z dnia………………..r., zwanej dalej „umową”, wprowadza się następujące zmiany:

1) zmienia się kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy z kwoty……………..zł (słownie:……………..) na kwotę………………zł (słownie:………………), w związku z czym w § 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

2) załącznik nr 1 do umowy otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem określonym do niniejszego aneksu.

**§ 2.**

1. Postanowienia niniejszego aneksu nie wyłączają postanowień umowy oraz przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, oraz Ogólnych warunków umów stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, na mocy których Funduszowi przysługują względem świadczeniodawcy uprawnienia do kontroli realizacji świadczeń udzielonych na podstawie umowy, jak również roszczenia o zwrot nienależnie przekazanych środków lub o zapłatę kar umownych.

2. Jeżeli w wyniku kontroli realizacji świadczeń wskazanych w raporcie statystycznym, monitoringu tych świadczeń, bądź też w jakikolwiek inny sposób, Fundusz stwierdzi wystąpienie zdarzeń skutkujących obowiązkiem zwrotu środków nienależnie przekazanych na podstawie umowy, Świadczeniodawca zobowiązany jest do zwrotu wynikających stąd kwot w terminie 14 dni licząc od dnia otrzymania wezwania do zwrotu środków, pod rygorem potrącenia z wzajemnych wierzytelności, a także do stosownej korekty dokumentów rozliczeniowych, w tym rachunków.

**§ 3.**

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia ……………… r.

**§ 4.**

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

***…………………………………… ………………………………….***

**Fundusz Świadczeniodawca**

***Objaśnienia:***

1niepotrzebne skreślić