

ANEKS Nr 6

DO UMOWY Nr 16-00-00742-14-17/05-14-055

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU REHABILITACJA LECZNICZA

Nr Podpis

zawarty w Szczecinie, dnia 22 grudnia 2014 roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim w Szczecinie z siedzibą: 71-470 Szczecin ul. Arkońska 45, reprezentowanym przez p.o. Dyrektora Oddziału – Dariusza Ruczyńskiego, zwanym dalej „**Oddziałem Funduszu**”,

a

Oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji świadczeniodawcy	MARIUSZ PIETRZAK
Adres siedziby	71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”**§ 1.**

W wykonaniu porozumienia stron dotyczącego ustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie rozliczeniowym od dnia **01 stycznia 2015r.** do dnia **31 grudnia 2015r.**, w trybie i na warunkach wynikających z dyspozycji określonej w § 32 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008r. (Dz.U.2008.81.484), oraz koniecznością aktualizacji potencjału wykonawczego Świadczeniodawcy, wykazu podwykonawców przy udziale których wykonywane są świadczenia umowne, oraz nr rachunku bankowego Świadczeniodawcy, w określonej we wstępie umowie wprowadza się następujące zmiany:

- Określona we wstępie umowa otrzymuje nowy nr w brzmieniu:
„16-00-00742-15-16/05-14-055”
- W § 4 ust. 1 otrzymuje nowe brzmienie:
„1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 01.01.2015r. do dnia 31.12.2015r. wynosi maksymalnie: 1 298 378,51 zł (słownie: jeden mln dwieście dziewięćdziesiąt osiem tys trzysta siedemdziesiąt osiem zł pięćdziesiąt jeden gr).”
- W § 4 ust. 3 otrzymuje nowe brzmienie:
**„3. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:
Dane posiadacza rachunku bankowego: SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY, 71-455, SZCZECIN, ARKOŃSKA 4;
nr: 40102047950000910203023025.”**

4. Dotychczas obowiązujący załącznik nr 1 do umowy – **Plan rzeczowo – finansowy** otrzymuje nowe brzmienie określone w załączniku do niniejszego aneksu.
5. Dotychczas obowiązujący załącznik nr 2 do umowy – **Harmonogram - zasoby** otrzymuje nowe brzmienie określone w załączniku do niniejszego aneksu.
6. Dotychczas obowiązujący załącznik nr 3 do umowy – **Wykaz podwykonawców** otrzymuje nowe brzmienie określone w załączniku do niniejszego aneksu.

§ 2.

Postanowienia niniejszego aneksu wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia **01 stycznia 2015 roku**.

§ 3.

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

PODPISY STRON

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
dr n. med. Mariusz Pietrzak
.....
Świadczeniodawca

P.O. DYREKTOR
Zachodniopomorskiego Samolitu Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dariusz Przepiórski
Z-ca Dyrektora ds. Pieniężno-Finansowych
.....
Oddział Funduszu

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo – finansowy w okresie rozliczeniowym od 01.01.2015r. do 31.12.2015r.
2. Załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram – zasoby.
3. Załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców.

PLAN RZECZOWO FINANSOWY za nr I do umowy nr 16-00-00742-15-16 (05-14-055)			Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego	
rodzaj świadczeń: REHABILITACJA LECZNICZA			16-00-00742-15-16 OW NFZ	
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ			160000742	
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	

Okres rozliczeniowy od 2015-01-01 do 2015-12-31

Pozycja	Podstawa*	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udziel. świadczeń	Jednostka rozlicz.	Liczba jednostek rozlicz.	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
1		05.4300.300.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	24292	PUNKT ROZLICZENIOWY	323 840.0000	1,18	382 131,20
2		05.2300.026.02	REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W OSRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM	31097	PUNKT ROZLICZENIOWY	60 192.0000	0,96	57 784,32
3		05.4300.300.02	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA	24291	PUNKT ROZLICZENIOWY	462 055.0000	1,05	485 157,75
4		05.2300.022.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W OSRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM	24289	PUNKT ROZLICZENIOWY	377 076.0000	0,99	373 305,24
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								1 298 378,51

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje

Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń	108 196,81	Luty	108 196,81	Marzec	108 196,81	Kwiecień	108 196,81
	Maj	108 196,81	Czerwiec	108 196,81	Lipiec	108 196,81	Sierpień	108 196,81
	Wrzesień	108 196,81	Październik	108 196,81	Listopad	108 196,81	Grudzień	108 213,60

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja	1	Kod zakresu	05.4300.300.02	Nazwa zakresu	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH
Kod miejsca	24292	Nazwa miejsca			ODDZIAŁ REHABILITACYJNY
Adres miejsca					71-455 SZCZECIN ul. ARKONSKA 4 TERYT 3262011
Liczba*cena				Styczeń	Luty
wartość				26986* 1,18	26986* 1,18
				31 843,48	31 843,48
Liczba*cena				Kwiecień	Maj
wartość				26986* 1,18	26986* 1,18
				31 843,48	26986* 1,18
Liczba*cena				Lipiec	Sierpień
wartość				26986* 1,18	26986* 1,18
				31 843,48	26986* 1,18
Liczba*cena				Październik	Listopad
wartość				26986* 1,18	26986* 1,18
				31 843,48	26994* 1,18
					31 852,92
Pozycja	2	Kod zakresu	05.2300.026.02	Nazwa zakresu	REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W OSRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM
Kod miejsca	31097	Nazwa miejsca			OSRODEK REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ
Adres miejsca					71-455 SZCZECIN ul. BRONIEWSKIEGO 22 TERYT 3262011
Liczba*cena				Styczeń	Luty
wartość				5016* 0,96	5016* 0,96
				4 815,36	5016* 0,96
Liczba*cena				Kwiecień	Maj
wartość				5016* 0,96	5016* 0,96
				4 815,36	5016* 0,96
Liczba*cena				Lipiec	Sierpień
wartość				5016* 0,96	5016* 0,96
				4 815,36	5016* 0,96
Liczba*cena				Październik	Listopad
wartość				5016* 0,96	5016* 0,96
				4 815,36	5016* 0,96
					4 815,36
Pozycja	3	Kod zakresu	05.4300.300.02	Nazwa zakresu	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA
Kod miejsca	24291	Nazwa miejsca			ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
Adres miejsca					71-455 SZCZECIN ul. ARKONSKA 4 TERYT 3262011
Liczba*cena				Styczeń	Luty
wartość				38504* 1,05	38504* 1,05
				40 429,20	38504* 1,05
Liczba*cena				Kwiecień	Maj
wartość				38504* 1,05	38504* 1,05
				40 429,20	38504* 1,05
Liczba*cena				Lipiec	Sierpień
wartość				38504* 1,05	38504* 1,05
				40 429,20	38504* 1,05
Liczba*cena				Październik	Listopad
wartość				38504* 1,05	38504* 1,05
				40 429,20	38511* 1,05
					40 436,55
Pozycja	4	Kod zakresu	05.2300.022.02	Nazwa zakresu	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W OSRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM
Kod miejsca	24289	Nazwa miejsca			OSRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ
Adres miejsca					71-455 SZCZECIN ul. BRONIEWSKIEGO 22 TERYT 3262011
Liczba*cena				Styczeń	Luty
wartość				31423* 0,99	31423* 0,99
				31 108,77	31423* 0,99
Liczba*cena				Kwiecień	Maj
wartość				31423* 0,99	31423* 0,99
				31 108,77	31423* 0,99
Liczba*cena				Lipiec	Sierpień
wartość				31423* 0,99	31423* 0,99
				31 108,77	31423* 0,99
Liczba*cena				Październik	Listopad
wartość				31423* 0,99	31423* 0,99
					31423* 0,99

* Określenie czynności formalno-prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

Data sporządzenia:
19-12-2014

Podpis i pieczęć Dyrektora OW

Podpis Dyrektora
Wydziału Publicznego Ośrodka
Jednostki
N... Wydziału
Jednostki

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Wydziału
dr v. med. Mariusz Pietrzak