

**DO UMOWY 03-00-00103-18-05 / 03-17-05-00103-02
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
REHABILITACJA LECZNICZA**

zawarty w Lublinie, 9 listopada 2017 roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim w Lublinie
z siedzibą: ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin, reprezentowanym przez **Dyrektora Karola Tarkowskiego**, zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”

a

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ul. PIŁSUDSKIEGO 28, 23-100 BYCHAWA**

NIP: 7132450206

REGON: 431020977

(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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.),

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

Strony zgodnie postanawiają:

§ 1.

1. W umowie § 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia **1 stycznia 2018r.** do dnia **31 grudnia 2018r.** wynosi maksymalnie: **309 620,00 zł** (słownie: **trzysta dziewięć tysięcy sześćset dwadzieścia złotych zero groszy**)”.
2. W umowie § 4 ust. 2 otrzymuje brzmienie: „Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera kwotę stanowiącą realizację postanowień § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU w okresie od dnia 1 stycznia 2018r. do dnia 31 sierpnia 2018r., w wysokości 0,00 zł (słownie: zero złotych zero groszy)”.
3. Załącznik Nr 1 do umowy – „Plan rzeczowo-finansowy” otrzymuje brzmienie w załączniku Nr 1 do niniejszego aneksu.

§ 2.

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2018 r.

§ 3.

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

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Bychawie
lek. med. Piotr Wojtaś
Świadczeniodawca

DYREKTOR
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Karol Tarkowski

Oddział Funduszu

PLAN RZECZOWO FINANSOWY za nr 1 do umowy nr 03-00-00103-18-05 (03-17-05-00103-02)	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego 03-00-00103-18-05 OW NFZ
rodzaj świadczeń: REHABILITACJA LECZNICZA wersja: 00	30000103
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ	
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Okres rozliczeniowy od 2018-01-01 do 2018-12-31								
Pozycja	Podstawa*	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielenia świadczenia	Jednostka rozlicz.	Liczba jednostek rozlicz.	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
1		05 1310.208.02	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	26217	PUNKT ROZLICZENIOWY	309 620,0000	1,00	309 620,00
Razem zakresy (kwota umów w okresie rozliczeniowym)								309 620,00

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	25 801,00	Luty	25 801,00	Marzec	25 801,00	Kwiecień	25 801,00
	Maj	25 801,00	Czerwiec	25 801,00	Lipiec	25 801,00	Sierpień	25 801,00
	Wrzesień	25 801,00	Październik	25 801,00	Listopad	25 801,00	Grudzień	25 809,00

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja	Kod miejsca	Kod zakresu	Nazwa miejsca	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA			
1	26217	05 1310.208.02		DZIAŁ FIZJOTERAPII			
Adres miejsca				23-100 BYCHAWA ul. PILSUDSKIEGO 28 TERYT 0609034			
liczba*cena		Styczeń		Luty		Marzec	
wartość		25801* 1,00		25801* 1,00		25801* 1,00	
		25 801,00		25 801,00		25 801,00	
liczba*cena		Kwiecień		Maj		Czerwiec	
wartość		25801* 1,00		25801* 1,00		25801* 1,00	
		25 801,00		25 801,00		25 801,00	
liczba*cena		Lipiec		Sierpień		Wrzesień	
wartość		25801* 1,00		25801* 1,00		25801* 1,00	
		25 801,00		25 801,00		25 801,00	
liczba*cena		Październik		Listopad		Grudzień	
wartość		25801* 1,00		25801* 1,00		25809* 1,00	
		25 801,00		25 801,00		25 809,00	

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

Data sporządzenia: DYREKTOR
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Podpis i pieczęć Dyrektora
Karol Tarkowski

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Bychawie
lek. med. Piotr Wojtas