

ANEKS 48 (P43)
DO UMOWY NR 17-22/B0017/SPO
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE

zawarty w Bydgoszczy, dnia roku pomiędzy

Narodowym Funduszem Zdrowia reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: MACIEJ SCHULZ – zastępca Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą: 85-863 Bydgoszcz ul. Łomżyńska 33, na podstawie pełnomocnictw nr 19/2023 z dnia 2023-02-10/ i nr 12/2023 z dnia 2023-02-17/, zwanym dalej „Funduszem” a

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE ul. KOŚCIUSZKI 10, 88-300 MOGILNO NIP:5571520586 REGON: 092358112

(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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)),

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”

reprezentowanym przez: **EWA BONK-WOŹNIAKIEWICZ, BARBARA BUZAŁA - PEŁNOMOCNICTWO, JAROSŁAW GŁOWACKI- PEŁNOMOCNICTWO**

Działając w oparciu o zapisy § 43 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1194 z późn. zm.) do umowy wymienionej na wstępie wprowadza się następujące zmiany:

§ 1

1. „1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01-01-2024r. do dnia 30-06-2024r. wynosi maksymalnie 3 467 976,39zł (słownie: trzy miliony czterysta sześćdziesiąt siedem tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt sześć złotych trzydzieści dziewięć groszy).”.
2. Załącznik nr 1 do umowy otrzymuje brzmienie załącznika do niniejszego aneksu

§ 2

Pozostałe warunki umowy nie ulegają zmianie.

§ 3

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

§ 4

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od dnia 01 stycznia 2024 roku.

Narodowy Fundusz Zdrowia

*Z up. Prezesa NFZ
na mocy dalszego pełnomocnictwa
Dyrektora K-P OW
MACIEJ SCHULZ
zastępca Dyrektora
(dokument podpisany elektronicznie)*

Świadczeniodawca

Protokół z dnia roku
z renegotjacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

pomiędzy:

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE ul.
KOŚCIUSZKI 10, 88-300 MOGILNO NIP:5571520586 REGON: 092358112**

(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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)),

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”

reprezentowanym przez: **EWA BONK-WOŹNIAKIEWICZ, BARBARA BUZAŁA -
PEŁNOMOCNICTWO, JAROSŁAW GŁOWACKI- PEŁNOMOCNICTWO**

a

Narodowym Funduszem Zdrowia reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: **MACIEJ SCHULZ** – zastępca Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą: 85-863 Bydgoszcz ul. Łomżyńska 33, na podstawie pełnomocnictw nr 19/2023 z dnia 2023-02-10/ i nr 12/2023 z dnia 2023-02-17/, zwanym dalej „Funduszem”

w wyniku renegotjacji strony zgodnie ustaliły zmiany zawarte w aneksie nr **ANEKS 48 (P43)** do umowy **17-22/B0017/SPO**

Świadczeniodawca został poinformowany, że ustalenia zawarte w niniejszym protokole obowiązują po podpisaniu przez obie strony aneksu do umowy.

Renegocjacje zakończono w dniu roku po uprzednim odczytaniu protokołu.

Podpisy stron:

Narodowy Fundusz Zdrowia

*Z up. Prezesa NFZ
na mocy dalszego pełnomocnictwa
Dyrektora K-P OW
MACIEJ SCHULZ
zastępca Dyrektora
(dokument podpisany elektronicznie)*

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr 020000779240001 (17-22/B0017/SPO) rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego 02000077924000101 OW NFZ	
wersja: 01		20000779	
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE	
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			

ROK 2024 (02000077924000101) - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych roku 3 467 976,39 zł (słownie - trzy miliony czterysta sześćdziesiąt siedem tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt sześć złotych trzydzieści dziewięć groszy)

Okres od 2024-01-01 do 2024-06-30

Pozycja	Podstawa*	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udział. świadc.	Jednostka rozlicz.	Liczba jednostek rozlicz.	Cena jednostki rozlicz.(zł)	Wartość (zł)
1		14.5160.026.04	ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM/OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM	53676	PUNKT ROZLICZENIOWY	64 329,0000	53,91	3 467 976,39
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								3 467 976,39

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	577 969,11	Luty	577 969,11	Marzec	577 969,11	Kwiecień	578 023,02
	Maj	578 023,02	Czerwiec	578 023,02	Lipiec	0,00	Sierpień	0,00
	Wrzesień	0,00	Październik	0,00	Listopad	0,00	Grudzień	0,00

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja	1	Kod zakresu	14.5160.026.04	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELEGNACYJNO- OPIEKUŃCZYM/OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM
Kod miejsca	53676	Nazwa miejsca	ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY		
Adres miejsca	88-320 STRZELNO ul. POWST. WLKP. 8 TERYT 0409044				
	Styczeń		Luty		Marzec
liczba*cena	10721* 53,91		10721* 53,91		10721* 53,91
wartość	577 969,11		577 969,11		577 969,11
	Kwiecień		Maj		Czerwiec
liczba*cena	10722* 53,91		10722* 53,91		10722* 53,91
wartość	578 023,02		578 023,02		578 023,02
	Lipiec		Sierpień		Wrzesień
liczba*cena	* 0,00		* 0,00		* 0,00
wartość	0,00		0,00		0,00
	Październik		Listopad		Grudzień
liczba*cena	* 0,00		* 0,00		* 0,00
wartość	0,00		0,00		0,00

Data sporządzenia:

Fundusz ***

Świadczeniodawca****

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

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem