|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objednávka č.** | OZT/19 027/VFN/ 2018/11510 | **Dodavatel:**RQL s.r.o..U Jelena 7/109736 01 Havířov |
| **Datum vystavení** | 13.09.2018 |
| **Termín dodání** | Do 6 týdnů |
| **Splatnost (dní)** | 60 dní |
| **IČ** | 00064165 | **IČ:** 25860020 |  |
| **DIČ** | CZ00064165 | **DIČ:** CZ25860020 |  |
| **Banka:** |  |  |
| **Číslo účtu** |  |
| **Vyřizuje, tel. č.:** |  |
| **Předmět objednávky:**  |
| Dle podmínek uvedených v přiložené nabídce č. 1 012408 a 1 012409 ze dne 21.11.2018 u Vás objednáváme níže uvedené zboží:**1 ks zákrokový stůl GOLEM S4, ortopedické odd., potah 9C , v ceně 95.588,79 Kč vč. DPH****1 ks zákrokový stůl GOLEM S4, chirurgické odd.,potah 11K, v ceně 100.428,79 Kč vč. DPH** Záruka 24 měsíců, doprava, zaškolení personálu a BTK po dobu záruky zahrnuto v ceně.Zboží musí být nové, nepoužité, nerepasované, nepoškozené, plně funkční, v nejvyšší jakosti poskytované výrobcem zboží a spolu se všemi právy nutnými k jeho řádnému a nerušenému nakládání a užívání kupujícím. |
|  | **Celkem bez DPH** | **Sazba DPH** | **Celkem vč. DPH** |
| 161.998,- Kč | 21 % |  196.017,58 Kč |
|  |
| **Dodací dispozice:** Ortopedické a chirurgické odd. FP VFN, 2. patro, Karlovo nám. 32, Praha 2 |
| **Kontaktní informace:**  |
| **Poznámka:** S dodávkou přístrojů předejte návod v ČJ, prohlášení o shodě a vyplněný formulář Seznam dodané techniky – v příloze |
| **Faktury zasílejte na adresu:**  | Podpis kompetentního schvalovatele |
| elektronicky ve formátu PDF nebo ISDOC na e-mailovou adresu: faktury@vfn.cz nebo poštou na adresu:Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ekonomický úsek – Odbor účetnictví, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 08 |
| **Podmínky fakturace atp.:** |
| Na faktuře uvádějte záruční dobu na dílo i materiál, rozpis prací a materiálu a číslo naší objednávky, jinak fakturu nelze včas zaplatit. Smluvní strany se dohodly, že v případě objednatele s úhradou platby může zhotovitel (prodávající) účtovat pouze smluvní úrok 0,01 % denně. Fakturu lze zaslat ve formátu ISDOC na adresu faktury@vfn.cz |
| Ředitel VFN |
| Jméno, příjmení, funkce |
| Razítko: |
| Objednávku přijímám a souhlasím s podmínkami podpis a razítko odpovědné osoby dodavatele: |