Alliance Healthcare, s.r.o.

Podle Trati 624/7829

108 00 PRAHA 10-Malešice

xxxxxxxx

xxxxxxxx

xxxxxxxx

Váš dopis zn.:

Ze dne:

Naše zn.:

Vyřizuje:

Telefon:

E-mail:

Datum:

**Objednávka**

Na základě Vaší cenové nabídky u Vás objednáváme dodání:

**Přístroj Agedio B500 v kompletu s Ipad, nabíječkou baterií a tiskárnou**

**HP**

**Cena dle nabídky 2.200,00 EUR**

**Cena dle nabídky max 70.000,00 Kč vč. DPH,**

**Termín dodání: do 30.06.2019**

**Místo dodání: na adresu uvedenou níže**

**Objednávku fakturujte s 30 denní splatností od doručení objednateli a úrokem z
prodlení 0,01% z dlužné částky za každý den prodlení na:**

**RBP, zdravotní pojišťovna**

**Michálkovická 967/108,**

**Slezská Ostrava, 710 00 Ostrava**

**Faktura musí být označena číslem objednávky…………………………**

S pozdravem

Ing. Antonín Klimša, MBA

výkonný ředitel