|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

-

Prodávající:

**Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace** (dále jen Nemocnice), se sídlem  
Husova 2624 50 22 Havlíčkův Brod, IČO 00179540, DIČ CZ00179540, zastoupená p.  
Mgr. Davidem Rezničenkem, MHA, jako ředitelem Nemocnice

Kupující:

**Grifols s.r.o.**, se sídlem Rohanské nábř. 670/17, 186 00 Praha 8 - Karlín, Česká republika, IČ 48041351, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, odd. C, vložka 15732,

Specifikace dodávky plazmy

**Zásilka plazmy číslo: 20/C2023/001**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Objem plazmy v l:** | **Cena plazmy Kč/l:** |
| **FFP** | **155,638** |  |
| **FFP vč. NAT** |  |  |
| **SOURCE** |  |  |
| **SOURCE vč. NAT** |  |  |
| **Potvrzen objem plazmy celkem v l:** | **155,638** |  |
| **Hodnota plazmy celkem v Kč (bez DPH):** |  |  |

Tato dohoda (objednávka) je podepsána na základě Smlouvy o koupi a dodání plazmy uzavřené mezi prodávajícím a kupujícím dne 9.5.2017 (dále též „**Smlouva**“) a plně pro ni platí podmínky ve Smlouvě uvedené. Vyplněním „Potvrzen objem“ smluvní strany potvrzují uzavření dílčí kupní smlouvy v daném rozsahu.

v Havlíčkově Brodě dne 27.3.2020 V Praze, dne 30.3.2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nemocnice Grifols s.r.o.

Podpis ředitele až na vrácenou podepsanou smlouvu

od paní Valáškové

na fakturu uvést číslo, které pošle p. Valášková