Objednatel:

Dne: 30. 03. 2020

Dodavatel:

**A.M.I. - Analytical Medical**

**Instruments, s.r.o.**

Letohradská 3/369

**PRAHA 7**

1 7 0 0 0

**Nemocnice Nové Město na Moravě,**

příspěvková organizace

IČO: 00842001

DIČ: CZ00842001

Telefon : XXXX

Fax: XXXX

Bankovní spojení:

XXXX

č.ú.: XXXX

Fakturu zašlete na adresu:

Nemocnice

Nové Město na Moravě,

příspěvková organizace

Žďárská 610

592 31 Nové Město na Moravě

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pol. | Množství | Název |
| 1. | 10 ks | č. 032-10-160, High Flow Nasal kanyla vel. S |
| 2. | 10 ks | č. 031-10-161, High Flow Nasal kanyla vel. M |
| 3. | 20 ks | č. 303040001, Pacientský okruh |
| Pro: | | ARO odd. |

**OBJEDNÁVKA č. 229/2020/TO**

**Objednáváme**

Dodavatel potvrzením objednávky výslovně souhlasí se zveřejněním celého textu této objednávky a cenové nabídky dodavatele (přesahuje-li částku 50.000,- Kč bez DPH) v

informačním systému veřejné správy - Registru smluv dle z.č. 340/2015 Sb. Smluvní strany se dohodly, že zákonnou povinnost dle § 5 odst. 2 zákona o registru smluv splní objednatel.

Zboží zašlete na adresu:

razítko a podpis

Ne mocnice No vé M ě st o na Moravě,

příspě vko vá or gani zac e

Oddě lení zd ravotni c ké techniky

vyřizuje: XXXX

telefon: XXXX

email: [XXXX](mailto:jitka.prokopova@nnm.cz)