Objednatel:

**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

Dne: 21. 10. 2020

I” Dodavatel:

**LHL s.r.o.**

Lipová 17/18

**Ústí nad Labem**

4 0 0 1 0

razítko a podpis

**OBJEDNÁVKA č. 643/2020/TO**

**Objednáváme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pol. | Množství | Název |
| 1. | 2ks | High flow nasal oxygen softFlow® 50 pro dospělé včetně redukčních ventilů a veškerého příslušenství (vozíku, ...) |
|  | Pro: | ARO odd. |

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:

Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace

Oddělení zdravotnické techniky vyřizuje: XXXX telefon: XXXX email: XXXX