**Na faktuře vždy uveďte**

**číslo této objednávky** Objednávka č. : **57/2/20/797 **

|  |
| --- |
| **Distrimed s.r.o.**  **Havlíčkova 190**  **737 01 Český Těšín** |

Dodavatel:

IČO: **27370046** , DIČ: **CZ27370046**

Popis objednávky :

Předmět objednávky Množství Jednotka Cena za jedn. Předp.cena (Kč)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Respirátor FFP2 | | | | 10000 | ks | 19,90 | 199 000,00 |
|  | | | |  |  |  |  |
| Celkem | | | |  |  | 199 000,00 | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  | Převezme: | Pavlína Juroszková, tel.: 558 993 717 | | | | |
|  |  |  | e-mail: pavlina.juroszkova@ssmt.cz | | | | |
| Dne: | 16. 10. 2020 | Vystavil:  objednavatele: | Pavlína Juroszková | | | | |

Termín dodání :

Datum schválení**: 16. 10. 2020**

Číslo smlouvy:

Objednavatel**: Sociální služby města Třince, příspěvková organizace**

IČO: **00600954**

DIČ : **Nejsme plátci DPH**

**Adresa dodání:** **Sociální služby města Třince, příspěvková organizace, Habrova 302, 739 61 Třinec-Dolní Líštná**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Schválil**: Mgr. Pavel Pezda, MBA**

ředitel SSMT

Datum: **16. 10. 2020** Podpis: …………………………………

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Na faktuře uvádějte u firmy, zda se jedná o fyzickou nebo právnickou osobu a Vaše IČO!***

***P o ž a d u j e m e 1 4 - t i d e n n í l h ů t u s p l a t n o s t i !***

***Prosím s fakturací do 26.10.2020***