

Adresát:

Unimed Praha s.r.o.  
Ve Stromkách 41  
252 50 Vestec u Prahy  
Mgr. Ivana Harantová

V Praze dne 16.6.2021

Počet listů: 2

Přílohy: 2

**Věc: Objednávka na dodávku zboží**

Vážení,

v příloze Vám zasílám dvě podepsaná vyhotovení výše uvedené objednávky včetně příloh. Žádáme o potvrzení akceptace objednávky podpisem a vrácení jednoho vyhotovení zpět na adresu:

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

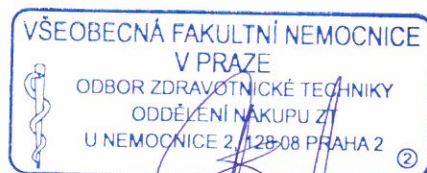
**Odbor zdravotnické techniky**

**U Nemocnice 499/2**

**128 08 Praha 2**

S pozdravem

Olga Posoltová  
Referent nákupu OZT







# VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČO: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář | F-VFN-080\_OZT | strana 1 z 1 | verze 3

## OBJEDNÁVKA

<b>Objednávka č.</b>	OZT/19030/VFN/ 2021/17030	<b>Dodavatel:</b>	Unimed Praha, s.r.o. Ve Stromkách 41 252 50 Vestec u Prahy	
<b>Datum vystavení</b>	10.6.2021			
<b>Termín dodání</b>	4 týdny			
<b>Splatnost (dní)</b>	60 dní			
<b>IČ</b>	00064165	<b>IČ 14891344</b>		
<b>DIČ</b>	CZ00064165	<b>DIČ CZ14891344</b>		
<b>Banka:</b>	Česká národní banka	<b>Kontakt: tel.:</b> Mgr. Ivana Harantová		
<b>Číslo účtu</b>	24035021/710	<b>e-mail:</b> ivana.harantova@unimed.cz		
<b>Vyřizuje, tel. č.:</b>	Olga Posoltová, +420 224 963 205, e-mail: Olga.Posoltova@vfn.cz			
<b>Předmět objednávky:</b>				
Dle podmínek uvedených v příložené cenové nabídce č. 309/2021 ze dne 6.5.2021 u Vás objednáme níže uvedené zboží:				
<b>10150R Multifunkční chlazená centrifuga MPW 150R</b> <span style="float: right;"><b>1 ks</b></span>				
Záruka 24 měsíců, doprava a zaškolení personálu zdarma, uvedení do provozu, BTK po dobu záruky zahrnuto v ceně. Zboží musí být nové, nepoužité, nerepasované, nepoškozené, plně funkční, v nejvyšší jakosti poskytované výrobcem zboží a spolu se všemi právy nutnými k jeho řádnému a nerušenému nakládání a užívání kupujícími.				
		<b>Celkem bez DPH</b>	<b>Sazba DPH</b>	<b>Celkem vč. DPH</b>
		77 924,00 Kč	21 %	94 288,04 Kč
<b>Dodací dispozice: ÚLBLD, Na Bojišti 3, Praha 2, suterén, místnost č. 1.164</b>				
<b>Kontaktní informace:</b> RNDr. Marek Vecka, Ph.D, +420 224 964 500, e-mail: Marek.Vecka@vfn.cz				
<b>Poznámka:</b> S dodávkou přístroje předejte návod v ČJ i v elektronické podobě, prohlášení o shodě, vyplněný formulář Seznam dodané techniky, doklad o autorizaci od výrobce k distribuci a servisu předmětu objednávky v českém nebo anglickém jazyce, notifikaci a registraci na SÚKL, jde-li o zdravotnický prostředek dle z.č. 89/2021 Sb.				
Součástí dodávky zboží je likvidace odpadu.				
<b>Faktury zasílejte na adresu:</b>		<b>Podpis kompetentního schvalovatele</b>   <b>Ing. Martina Podešťová</b> <b>Náměstek ředitele pro obchod</b>  <b>Jméno, příjmení, funkce</b>		
elektronicky ve formátu PDF nebo ISDOC na e-mailovou adresu: faktury@vfn.cz nebo poštou na adresu: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ekonomický úsek – Odbor účetnictví, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 08				
<b>Podmínky fakturace atp.:</b>		<b>Razítko:</b>  		
Na faktuře uvádějte záruční dobu na dílo i materiál, rozpis prací a materiálu a číslo naší objednávky, jinak fakturu nelze včas zaplatit. Smluvní strany se dohodly, že v případě objednatele s úhradou platby může zhotovitel (prodávající) účtovat pouze smluvní úrok 0,01 % denně. Fakturu lze zaslat ve formátu ISDOC na adresu faktury@vfn.cz. Prodávající je oprávněn postoupit pohledávku vyplývající z plnění dle této smlouvy na třetí osobu pouze s předchozím písemným souhlasem kupujícího.				
Objednávku přijímám a souhlasím s podmínkami				
Podpis, datum a razítko odpovědné osoby dodavatele:				

Šablona formuláře F-VFN-080 (její znění a podoba) byla připravena se souhlasem Obchodního úseku.

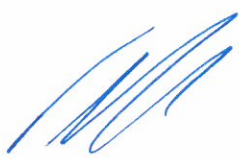



# VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČO: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář | F-VFN-080\_OZT | strana 1 z 1 | verze 3

## OBJEDNÁVKA

<b>Objednávka č.</b>	OZT/19030/VFN/ 2021/17030	<b>Dodavatel:</b>	Unimed Praha, s.r.o. Ve Stromkách 41 252 50 Vestec u Prahy	
<b>Datum vystavení</b>	10.6.2021			
<b>Termín dodání</b>	4 týdny			
<b>Splatnost (dní)</b>	60 dní			
<b>IČ</b>	00064165	<b>IČ 14891344</b>		
<b>DIČ</b>	CZ00064165	<b>DIČ CZ14891344</b>		
<b>Banka:</b>	Česká národní banka	<b>Kontakt: tel.:</b> Mgr. Ivana Harantová		
<b>Číslo účtu</b>	24035021/710	<b>e-mail:</b> ivana.harantova@unimed.cz		
<b>Vyřizuje, tel. č.:</b>	Olga Posoltová, +420 224 963 205, e-mail: Olga.Posoltova@vfn.cz			
<b>Předmět objednávky:</b>				
Dle podmínek uvedených v příložené cenové nabídce č. 309/2021 ze dne 6.5.2021 u Vás objednáme níže uvedené zboží:				
<b>10150R Multifunkční chlazená centrifuga MPW 150R</b> <span style="float: right;"><b>1 ks</b></span>				
Záruka 24 měsíců, doprava a zaškolení personálu zdarma, uvedení do provozu, BTK po dobu záruky zahrnuto v ceně. Zboží musí být nové, nepoužité, nerepasované, nepoškozené, plně funkční, v nejvyšší jakosti poskytované výrobcem zboží a spolu se všemi právy nutnými k jeho řádnému a nerušenému nakládání a užívání kupujícím.				
		<b>Celkem bez DPH</b>	<b>Sazba DPH</b>	<b>Celkem vč. DPH</b>
		77 924,00 Kč	21 %	94 288,04 Kč
<b>Dodací dispozice: ÚLBLD, Na Bojišti 3, Praha 2, suterén, místnost č. 1.164</b>				
<b>Kontaktní informace:</b> RNDr. Marek Vecka, Ph.D, +420 224 964 500, e-mail: Marek.Vecka@vfn.cz				
<b>Poznámka:</b> S dodávkou přístroje předejte návod v ČJ i v elektronické podobě, prohlášení o shodě, vyplněný formulář Seznam dodané techniky, doklad o autorizaci od výrobce k distribuci a servisu předmětu objednávky v českém nebo anglickém jazyce, notifikaci a registraci na SÚKL, jde-li o zdravotnický prostředek dle z.č. 89/2021 Sb.				
Součástí dodávky zboží je likvidace odpadu.				
<b>Faktury zasílejte na adresu:</b>		Podpis kompetentního schvalovatele    Ing. Martina Podešťová Náměstek ředitele pro obchod  Jméno, příjmení, funkce		
elektronicky ve formátu PDF nebo ISDOC na e-mailovou adresu: faktury@vfn.cz nebo poštou na adresu: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ekonomický úsek – Odbor účetnictví, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 08				
<b>Podmínky fakturace atp.:</b>		Razítko:		
Na faktuře uvádějte záruční dobu na dílo i materiál, rozpis prací a materiálu a číslo naší objednávky, jinak fakturu nelze včas zaplatit. Smluvní strany se dohodly, že v případě objednatele s úhradou platby může zhotovitel (prodávající) účtovat pouze smluvní úrok 0,01 % denně. Fakturu lze zaslat ve formátu ISDOC na adresu faktury@vfn.cz. Proávající je oprávněn postoupit pohledávku vyplývající z plnění dle této smlouvy na třetí osobu pouze s předchozím písemným souhlasem kupujícího.				
Objednávku přijímám a souhlasím s podmínkami				
Podpis, datum a razítko odpovědné osoby dodavatele:				

**SEZNAM DODANÉ TECHNIKY**

Popis dodané techniky:				
Název přístroje				
Výrobce				
Typ				
Výrobní číslo/a				
Třída ZP <sup>1</sup>				
Instruktaž <sup>2</sup>	A / N	A / N	A / N	A / N
Požadované opakované činnosti (uved'te „Ne“ nebo požadovanou periodu)				
PBTK <sup>3</sup>				
Validace				
Kalibrace				
Elektrická revize				
Tlaková revize plyn. nádoby				
Kontrola naříz. výrobcem				

Datum předání:	
Za dodavatele (Jméno, Podpis, Razítko)	Za přejímajícího (Jméno, Podpis, Razítko)

**Vyplní dodavatel při předání, přejímající potvrdí správnost údajů a formulář předá přejímajícímu**

<sup>1</sup> Dle Nařízení vlády č. 54/2015 Sb., 55/2015 Sb a 56/2015 Sb.– uveďte – „není ZP“ nebo příslušnou třídu ZP – I, IIa, IIb, III, IVD

<sup>2</sup> Dle §61 zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích - u aktivních zdravotnických prostředků třídy IIb a III, AIZP a tam, kde to stanovil výrobce

<sup>3</sup> Pravidelná bezpečnostně technická kontrola dle požadavku výrobce a zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích



## SEZNAM DODANÉ TECHNIKY

Popis dodané techniky:				
Název přístroje				
Výrobce				
Typ				
Výrobní číslo/a				
Třída ZP <sup>1</sup>				
Instruktaž <sup>2</sup>	A / N	A / N	A / N	A / N
Požadované opakované činnosti (uved'te „Ne“ nebo požadovanou periodu)				
PBTK <sup>3</sup>				
Validace				
Kalibrace				
Elektrická revize				
Tlaková revize plyn. nádoby				
Kontrola nařiz. výrobcem				

Datum předání:	
Za dodavatele (Jméno, Podpis, Razítko)	Za přejímajícího (Jméno, Podpis, Razítko)

Vyplní dodavatel při předání, přejímající potvrdí správnost údajů a formulář předá přejímajícímu

<sup>1</sup> Dle Nařízení vlády č. 54/2015 Sb., 55/2015 Sb a 56/2015 Sb.– uveďte – „není ZP“ nebo příslušnou třídu ZP – I, IIa, IIb, III, IVD

<sup>2</sup> Dle §61 zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích - u aktivních zdravotnických prostředků třídy IIb a III, AIZP a tam, kde to stanovil výrobce

<sup>3</sup> Pravidelná bezpečnostně technická kontrola dle požadavku výrobce a zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích