

**CONSENT TO TRANSMISSION OF INVOICES BY  
ELECTRONIC MEANS / WAYS**

Customer Data / Buyer:

Name: **Nemocnice Kyjov,  
příspěvková organizace**

Address: **Strážovská 1247/22, 697 01 Kyjov**

VAT no: **CZ00226912**

Invoice issuer details / Supplier:

Name: **Accord Healthcare Polska Sp. z o.o.**

Address: **ul. Taśmowa 7, 02-677 Warszawa**

VAT no: **PL1070015415**

**SOUHLAS S PŘENOSEM FAKTUR  
ELEKTRONICKÝMI PROSTŘEDKY / ZPŮSOBY**

Údaje o zákazníkovi / kupující:

Název: **Nemocnice Kyjov,  
příspěvková organizace**

Adresa: **Strážovská 1247/22, 697 01 Kyjov**

DIČ: **CZ00226912**

Údaje o vystavovateli faktury / dodavatel:

Název: **Accord Healthcare Polska Sp. z o.o.**

Adresa: **ulice Taśmowa 7, 02-677 Varšava**

DIČ: **PL1070015415**

**AGREEMENT**

1. According to art. 106n paragraph 1 of the Polish VAT Act of 11.03.2004 (Journal of Laws of 2004, No. 54, item 535, as amended), I agree to receive invoices, duplicates of these invoices and their corrections (credit/debit notes) issued by **Accord Healthcare Polska Sp. z o.o.** by electronic means/ways.
2. I undertake to accept the documents listed in point 1 of this consent in paper form if technical or formal obstacles prevent invoices by electronic means / ways.
3. Please send documents listed in point 1 to the e-mail address below.
4. Email address:  
[REDACTED]
5. As soon as any information contained in this document is changed, I undertake to provide current data without delay.
6. I declare that I am aware that this consent may be withdrawn, that means the invoice issuer / supplier loses the right to issue and send invoices to the customer / buyer by electronic way from the day following the receipt of the information of withdrawal of consent.
7. The consent applies to all signed contracts to this day and signed in the future.

**DOHODA**

1. Podle čl. 106n odstavec 1 polského zákona o DPH ze dne 11.03.2004 (věstník zákonů z roku 2004, č. 54, položka 535, ve znění pozdějších předpisů), souhlasím s přijímáním faktur, duplikátů těchto faktur a jejich oprav (dobropisů) Accord Healthcare Polska Sp. z o.o. elektronickými prostředky / způsoby.
2. Zavazuji se, že přijmu dokumenty uvedené v bodě 1 tohoto souhlasu v listinné podobě, pokud technické nebo formální překážky brání fakturám elektronickými prostředky / způsoby.
3. Zašlete prosím dokumenty uvedené v bodě 1 na níže uvedenou e-mailovou adresu.
4. E-mailová [REDACTED] adresa:  
[REDACTED]
5. Jakmile dojde ke změně veškerých informací obsažených v tomto dokumentu, zavazuji se neprodleně poskytnout aktuální údaje.
6. Prohlašuji, že jsem si vědom / a, že tento souhlas lze odvolat, to znamená, že vystavovatel / dodavatel faktury ztrácí právo vystavovat a zasílat faktury zákazníkovi / kupujícímu elektronickou cestou ode dne následujícího po obdržení informace o odvolání souhlasu.
7. Souhlas platí pro všechny podepsané smlouvy dodnes a podepsané v budoucnu.

Date/Datum:

23.6.2021

Name and surname of the authorized person to represent the company/  
Jméno a příjmení oprávněné osoby zastupující společnost:



