



# Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

128 08 Praha 2, U Nemocnice 499/2  
DIČ: CZ00064165 IČ: 00064165

84080

**Objednávka číslo:** OBJ2102110  
**Datum objednávky:** 27.04.21  
**Vyřizuje:**  
**Telefon:**  
**Počet řádků celkem:** 4

**D O P O R U Č E N Ě**  
**Dodavatel:**  
ROCHE s.r.o.  
Futura Business Park Budova F  
Sokolovská 685/136F  
18600 Praha 8 - Karlín  
Česká republika

Česká národní banka, Praha  
Číslo účtu 24035021/0710  
SWIFT CODE CNBACZPPXXX  
IBAN CZ330710000000024035021

Předmět dodávky	Měrná Množství jednotka	Cena za jednotku bez DPH	Celkem
04929292001 LightCycler Capillaries 20ul 5x96ks/bal.	5,00 BAL	10 162,00	50 810,00
05945712(40-0298- CYP2C9 2 3 LightMix 6x16 reakcí	1,00 BAL	15 205,00	15 205,00
03610179001 Factor V Leiden Kit 32testů	1,00 BAL	14 598,00	14 598,00
03610195001 Factor II (Prothrombin) 32 testů	1,00 BAL	14 598,00	14 598,00
<b>Celková částka bez DPH:</b>			<b>95 211,00</b>

NS 84638 TC laboratoř - dědičné vady hemostázy

**Prodávající přijetím objednávky prohlašuje, že zboží splňuje veškeré podmínky pro prodej a použití zboží stanovené Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2017/745 o zdravotnických prostředcích (MDR) a zákonem č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích, popř. zákonem č. 268/2014 Sb. o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro (pokud se jedná o zdravotnický prostředek). Proávající odpovídá za dodržení přepravních podmínek po dobu přepravy ke kupujícímu tak, aby zboží nebylo znehodnoceno.**

## DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ K DODÁNÍ ZBOŽÍ:

Zboží musí být dopravcem doručeno **přímo na místo dodání** uvedené na objednávce níže, nikoliv na podatelnu. Dodavatel je povinen na přepravní obal a průvodku uvést všechny údaje uvedené níže, viz. místo dodání.

### Místo dodání:

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
ÚLBLD trombot.cent.-dedič.vady hemost  
Tel: 224 966 785  
Karlovo náměstí 32  
Budova B,5.patro,Mgr.Kettnerová  
12808 Praha 2

**Prodávající je oprávněn postoupit pohledávku, vyplývající z plnění dle této smlouvy, na třetí osobu pouze s předchozím písemným souhlasem kupujícího.**

Kopii dodacího listu případně objednávky přikládejte k faktuře

Faktury zasílejte elektronicky ve formátu PDF nebo ISDOC na adresu: [faktury@vfn.cz](mailto:faktury@vfn.cz)  
nebo ve 2 vyhotoveních na adresu:

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
EEU - účetní oddělení  
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2