

## Objednávka č. OB21T030689

Číslo smlouvy:

Číslo veřejné zakázky:

<b>Objednatel:</b>	<b>Dodavatel:</b>
Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace Nemocniční 898/20A 728 80 Ostrava – Moravská Ostrava  DIČ: CZ00635162      IČO: 00635162 E-mail:                    podatelna@mnof.cz Telefonní číslo:        596191111 Číslo faxu:                596618781 Banka:                    ČSOB, a.s. Ostrava Číslo účtu:                374027793/0300  Registrace č.j. MSK/145593/2014 ve znění následných rozhodnutí o registraci	Tapmal - Arnošt Lasák  Ratibořská 146/6 747 18 Píšť CZ  IČO: 13603248 DIČ: CZ580118173 8
Datum dodání:        15.09.2021 Způsob dodávky:      osobně	

### Objednáváme níže uvedené zboží/služby:

Malířské práce

Malování

Chirurgie st.C, Dětské st. malé a velké děti, ORL-OP

**Cena celkem:**            129 938,00 Kč bez DPH  
                                  129 938,00 Kč včetně DPH

### Fakturu zasílejte odděleně od zboží na adresu:

Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace  
Oddělení finanční účtárny  
Nemocniční 898/20A  
728 80 Ostrava – Moravská Ostrava

Objednatel je povinen, dle zákona č. 340/2015 Sb., uveřejnit v registru smluv objednávky a jejich akceptace, s hodnotou plnění přesahující 50 000,- Kč bez DPH. Pro splnění této povinnosti objednatel vyžaduje písemné potvrzení objednávky plnění nad tuto částku. Z toho důvodu je dodavatel povinen přijetí objednávky bez odkladu písemně potvrdit. Bez této akceptace nelze objednané plnění přijmout. Dodavatel současně potvrzuje souhlas s uveřejněním objednávky s akceptací, i to, že neobsahuje údaje, jejichž uveřejněním by došlo k neoprávněnému zásahu do práv dodavatele, jeho zástupců či zaměstnanců, ve smyslu uvedeného zákona.

Tato objednávka má platnost 14 dnů ode dne vystavení. Žádáme o vystavení daňového dokladu/faktury dle smlouvy nebo objednávky, vadnou fakturu vracíme zpět. Na faktuře musí být uveden údaj o zápisu v obchodním rejstříku nebo číslo jednací a evidenční u živnostenského oprávnění dodavatele. Splatnost faktury požadujeme minimálně 30 dní.

**Městská nemocnice Ostrava,  
příspěvková organizace**

**Vystavil:**

Jméno a příjme

Telefonní číslo:

E-mail:

**Datum:**

