Objednatel:

Dne: 16. 09. 2021

I” Dodavatel:

**Hospimed, spol. s r.o.**

**Jakub Novák**

Malešická 2251/51

**PRAHA 3**

1 3 0 0 0

**Nemocnice Nové Město na Moravě,** příspěvková organizace

IČO: 00842001

DIČ: CZ00842001

Telefon : XXXX

Fax: XXXX

Bankovní spojení:

XXXX

č.ú.: XXXX

Fakturu zašlete na adresu:

Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace

Žďárská 610

592 31 Nové Město na Moravě

razítko a podpis

**OBJEDNÁVKA č. 586/2021/TO**

**Objednáváme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pol. | Množství | Název |
| 1. | 1 ks | Oprava:  Flexibilní cystoskop SN 5000333469, typ:7305.001, id.č.. 77531207  rozmazaný obraz |
| Pro: | | COS UROL |

Dodavatel potvrzením objednávky výslovně souhlasí se zveřejněním celého textu této objednávky a cenové nabídky dodavatele (přesahuje-li částku 50.000,- Kč bez DPH) v informačním systému veřejné správy - Registru smluv dle z.č. 340/2015 Sb. Smluvní strany se dohodly, že zákonnou povinnost dle § 5 odst. 2 zákona o registru smluv splní objednatel.

Zboží zašlete na adresu:

Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace

Oddělení zdravotnické techniky vyřizuje: XXXX telefon: XXXX email: [XXXX](mailto:jitka.prokopova@nnm.cz)