

O B J E D N Á V K A číslo: 189/2023**Odběratel:**

Zámek Dolní Životice
příspěvková organizace
Zámecká 1
747 56 Dolní Životice

IČ: 71197052

DIČ: CZ71197052

Telefon: xxxxxxxxx

email: xxxxxxxxxxxx@zamekdz.cz
neplátcí DPH

Dodavatel:

Medilam ergonomics s.r.o.
Záměstní 1155/27
710 00 Ostrava- Slezská Ostrava

IČ: 8299471

DIČ: CZ08299471

Telefon: xxxxxxxxx

Fax:

email: xxxxxxxxxxxxxxxxx

Popis položky:

Objednáváme u Vás pro službu DOZP Zámek Dolní Životice,
organizace Zámek Dolní Životice, Zámecká 1, 747 56 Dolní Životice

autorizované měření a odborné hodnocení rizikových faktorů práce**termíny: 23.10.2023 - fyziologické faktory LSZ,CFZ,PP****1.11.2023 - fyzikální faktory hluk+vibrace****za dohodnutou cenu do 166.133,- Kč včetně DPH**

Objednávka bude v plném znění zveřejněna v registru smluv v souladu se zákonem č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), ve znění pozdějších předpisů.

Odběratel a dodavatel se dohodli, že zveřejnění zajistí odběratel.

Adresa doručení: **Zámecká 1, Dolní Životice**

Způsob platby: převodem

Datum vystavení objednávky: 03.10.2023

Termín dodání:

Potvrzeno:

 osobně e-mailem

.....
Razítko a podpis objednatele

Potvrzuji prověření připravované operace a úplnosti podkladů v rozsahu dle zákona č. 320/2001 Sb., o fin. kontrole v plném znění.

Datum: 03.10.2023

Jméno a podpis příkazce operace: Ing. Aleš Šupina

Potvrzuji prověření připravované operace a úplnosti podkladů v rozsahu dle zákona č. 320/2001 Sb., o fin. kontrole v plném znění.

Datum: 03.10.2023

Jméno a podpis správce rozpočtu: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx