

**OBJEDNÁVKA č.:** VOZT-2024-7

Značka: VOZT-2024-7 **Olympus Czech Group, s.r.o.**

Vyřizuje: Ing.Adam Fila **Evropská 176**

Tel.: +420 569 472 118 **160 41 Praha 6 - Vokovice**

Fax: +420 569 421 982 **IČO 27068641**

E-mail: adam.fila@onhb.cz

Datum: 10.01.2024

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dokumentace servisního zásahu musí vyhovět zák.požadavkům !

Čitelná s uvedením oddělení, jednoznačnou identifikací přístroje, jménem technika, datem atd.

Při zásahu na více přístrojích, je nutné rozepsání provedených výkonů a jejich rozúčtování dle jednotlivých přístrojů !

Při nedodržení podmínek nebudou servisní faktury propláceny !

Před započetím servisních prací v Nemocnici Havlíčkův Brod je nutno toto oznámit zodpovědné osobě uvedené na objednávce.

Prosíme o sdělení předběžné ceny opravy. Veškeré doklady zasílejte na oddělení zdravotnické techniky.

Výsledek servisního zásahu musí být vyznačen na protokolu :

 VYHOVUJE / NEVYHOVUJE (důvod, opravitelnost)

**K provedenému servisnímu zásahu prosíme o dodání certifikátu o proškolení konkrétní osoby výrobcem nebo osobou autorizovanou výrobcem , dle § 45 zák.375/2022Sb.**

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Č. Objednávaný úkon Údaje o zařízení

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Oprava Název zařízení: Endoskopická věž INT (3) - videogastroskop

 Typ zařízení: GIF H180J

 Výr.číslo: 2729391

 Umístění: Interna-AM(gastroenterologie)

oprava - po připojení k procesoru nepřenáší obraz

(Kč 65tis. bez DPH)

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Děkujeme Vám a těšíme se na další spolupráci.

 .............................................................

 podpis zodpovědné osoby