



# Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

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

**Objednávka číslo:** OBJD240056  
**Datum objednávky:** 31.01.24  
**Vyřizuje:** Slancová M. STOM. KLINIKA  
**Telefon:** 224966808  
**Počet řádků celkem:** 9

**D O P O R U Č E N Ě**  
**Dodavatel:**  
WEST MEDICAL s.r.o.  
Úslavská 18  
326 00 Plzeň

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

<b>Předmět dodávky</b>	<b>Měrná Množství jednotka</b>	<b>Cena za jednotku bez DPH</b>
24-6563		
65999 Implantát fossa malá levá	1 KS	85 929,00
24-6556		
65999 Implantát mandibulární 55 mm levý	1 KS	93 410,00
91-2714		
65999 Sada šroubů pro implantát mandibulární	1 KS	10 395,00
99-6570		
65999 Sada šroubů pro implantát fossa	1 KS	9 872,00
24-6620		
65999 Vrták pro mandibulu	1 KS	2 798,00
24-6612		
65999 TMJ vrták 1,5x105mm 11 mm stop	1 KS	2 939,00
24-6530		
65999 Brousek diamantový pro fossu	1 KS	5 958,00
	0	0,00
	0	0,00
<b>Celková částka bez DPH:</b>		<b>211 301,00</b>

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). Prodávající odpovídá za dodržení přepravních podmínek po dobu přepravy ke kupujícímu tak, aby zboží nebylo znehodnoceno.

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