|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Odběratel: |  | Dodavatel: |
| **Fakultní Thomayerova nemocnice**  **Vídeňská 800** **140 59 Praha 4 - Krč** |  | **Aura Medical s.r.o.** |
| DIČ: CZ00064190     IČ: 00064190 SpZ: Pr 1043-obch.rejstř.Městského soudu v Praze |  | DIČ: CZ65412559     IČ: 65412559 |
| Sklad: |  | Sídlo dodavatele: |
|  |  | **K Verneráku 4/1193** **148 00 PRAHA 4** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vystaveno:* | **19.03.2024** | *Vystavil:* | **##################** | *tel:***##########** | *e-mail:***#################** |
| *Termín:* | **25.03.2024** | *Předb.cena:* | **150000,00 Kč bez DPH** | **Splatnost faktury je 60 dní + 60 dní bez penalizace** | |
| *Smlouva:* |  | | | | |

Počet položek: **1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Objednáváme u Vás opravu níže uvedeného přístroje dle cenové nabídky:* | | |
|  | | |
| 1 | Sonda konvexní PVT-375BT, inv.č. IM/21452:1, vyr.č. FDA1373091 | **termín 25.03.2024** |
|  | inv.úsek: UROLOGIE STANICE A, zodpovídá: ###############, telefon: ##########, GSM: ########## | |
|  | | |

*Přijetím objednávky a zahájením prací dodavatel souhlasí s Obchodními podmínkami odběratele uvedeným- a s níže uvedenými povinnostmi dodavatele.*  
  
*Dodavatel je povinen:*  
*1. Potvrdit přijetí objednávky písemně nebo e-mailem.*  
*2. Před servisním zásahem telefonicky kontaktovat odpovědnou osobu odběratele uvedenou na objednávce pod přístrojem.*  
*3. V případě překročení celkové předběžné ceny zaslat cenovou nabídku objednateli a opravu/kontrolu provést až po jejím odsouhlasení.*  
*4. Označit přístroj štítkem s vyznačeným datem expirace po provedení jakékoli periodické kontroly.*  
*5. Zaslat na adresu ozt-provoz@ftn.cz v elektronické verzi potvrzené servisní výkazy a případně protokoly o kontrolách.*  
*6. Na faktuře uvést číslo objednávky a k faktuře přiložit:*  
*a. servisní výkaz obsahující potvrzení o provedení práce (jméno, podpis a razítko přebírajícího pracovníka TN),*  
*b. po opravě prohlášení, že zařízení je schopno bezpečného provozu.*  
*c. po kontrole originální papírový protokol (v případě elektronické fakturace na adresu faktura@ftn.cz zaslat poštou).*  
*Při nesplnění těchto podmínek a povinností bude faktura vrácena! Pokud lze, žádáme po dobu opravy zapůjčit náhradní přístroj.*  
  
*Pozn.: pro bezplatný výjezd z areálu potvrdí vjezdový lístek příslušná vrchní či staniční sestra, případně OZT (pavilon G7).*

*######################*  
*vedoucí odboru centrálního nákupu*