

Objednávka č. SZMCB268485

Odběratel:

Nemocnice České Budějovice a.s.
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice

IČO: 26068877
DIČ: CZ699005400
tel.: 387871111
fax:
e-mail: obchodni@nemcb.cz

Dodavatel:

Performa Medical, s.r.o.
Pražská 126/
25601 Benešov

IČO: 03524124
DIČ: CZ03524124
tel.: [REDACTED]
fax:
e-mail: objednavky@performamedical.cz

Fakturu zasílejte pouze na fakturace@nemcb.cz ve formátu pdf.

Produkty, které spadají pod Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2017/745 ze dne 5. dubna 2017 o zdravotnických prostředcích (MDR) budou dodány dle nařízení (MDR) a platných obecně závazných právních předpisů České republiky vztahujících se na tyto produkty vč. doplnění potřebných údajů do DL a faktur.

Žádáme Vás o potvrzení ceny objednávky, v případě změn nás obratem informujte.

Požadujeme závoz na oddělení - viz. objednávka. Faktury, které musí obsahovat vždy číslo objednávky, zasílejte jednotlivě na adresu fakturace@nemcb.cz ve formátu pdf. Splatnost faktur je 30 dní od data doručení do nemocnice, pokud není smluvně ujednáno jinak. Není též možné akceptovat další náklady k dodání zboží, jako je poštovné, balné, dopravné apod. Cenový rozdíl oproti objednávce je nutné konzultovat s obchodním oddělením. Společně s fakturou požadujeme zaslat dodací listy potvrzené odběratelem, včetně data předání odběrateli, nejpozději do 5ti pracovních dnů po předání zboží. Je nutné, aby na dodacích listech byl čitelný podpis a razítko přebírajícího. Závoz na oddělení požadujeme ve všední dny od 7:00 do 14:00 hodin.

| Středisko | Kód | Název | Cena Kč/MJ | Množství | MJ | Celkem Kč |
|-----------|----------|--|---------------|------------|----|-----------|
| | 04000014 | Angio Touch Kit AT-P65 1 bal = 10 ks | | [REDACTED] | | |
| | 04001980 | SYRINGE Kit A2000 10/CS ACIST CZ 1 bal = 10 ks | | [REDACTED] | | |
| | 04001981 | MANIFOLD Kit BT 2000 10/CS ACIST CZ 1 bal = 10 ks | | [REDACTED] | | |

Celkem vč. DPH: 428 692,11 Kč

Pozn: Uživatel: [REDACTED]

Vystavil: [REDACTED] 2024-03-05 11:41

