|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Odběratel: |  | Dodavatel: |
| **Fakultní Thomayerova nemocnice****Vídeňská 800****140 59 Praha 4 - Krč** |  | **A.M.I. Analytical Medical** |
| DIČ: CZ00064190     IČ: 00064190SpZ: Pr 1043-obch.rejstř.Městského soudu v Praze |  | DIČ: CZ63983524     IČ: 63983524 |
| Sklad: |  | Sídlo dodavatele: |
|  |  | **Letohradská 3/369****170 00 Praha 7** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vystaveno:* | **08.04.2024** | *Vystavil:* | **#########################** | *tel:***##########** | *e-mail:***#################** |
| *Termín:* | **24.04.2024** | *Předb.cena:* | **53200,00 Kč bez DPH** | **Splatnost faktury je 60 dní + 60 dní bez penalizace** |
| *Smlouva:* |  |

Počet položek: **4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Objednáváme u Vás opravu níže uvedeného přístroje:* |
|  |
| 1 | MODUL MULTIPARAMETRICKÝ BSM-1763, inv.č. IM/22458:5, vyr.č. 07404 | **termín 24.04.2024** |
|  | inv.úsek: NEUROLOG.KLINIKA-JIP, zodpovídá: ######################, telefon: ########## |
|  |
| 2 | MODUL MULTIPARAMETRICKÝ BSM-1763, inv.č. IM/22458:6, vyr.č. 07407 | **termín 24.04.2024** |
|  | inv.úsek: NEUROLOG.KLINIKA-JIP, zodpovídá: ######################, telefon: ########## |
|  |
| 3 | MODUL MULTIPARAMETRICKÝ BSM-1763, inv.č. IM/22458:7, vyr.č. 07425 | **termín 24.04.2024** |
|  | inv.úsek: NEUROLOG.KLINIKA-JIP, zodpovídá: ######################, telefon: ########## |
|  |
| 4 | MODUL MULTIPARAMETRICKÝ BSM-1763, inv.č. IM/22458:8, vyr.č. 07428 | **termín 24.04.2024** |
|  | inv.úsek: NEUROLOG.KLINIKA-JIP, zodpovídá: ######################, telefon: ########## |
|  |

*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*