|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Odběratel: |  | Dodavatel: |
| **Fakultní Thomayerova nemocnice****Vídeňská 800****140 59 Praha 4 - Krč** |  | **Kopsa s.r.o.** |
| DIČ: CZ00064190     IČ: 00064190SpZ: Pr 1043-obch.rejstř.Městského soudu v Praze |  | DIČ: CZ28242360     IČ: 28242360 |
| Sklad: |  | Sídlo dodavatele: |
| **sklad přístrojové techniky** |  | **Čsl. armády /377****250 67 Klecany** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vystaveno:* | **02.05.2024** | *Vystavil:* | **##############** | *tel:***##############** | *e-mail:***##############** |
| *Termín:* | **03.07.2024** |  |  | **Splatnost faktury je do 30 dnů** |
| *Místo urč.:* | **#############** |

Počet položek: **1**

|  | Označení dodávky | Množství | Cena jedn. | Cena celkem |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Zařízení** | 1 ks | 68640,00 | 68640,00 |
|  | Lymfoven 14S |
|  | **Předpokládaná cena celkem (bez DPH):** | **68640,00 Kč** |
|  | DPH 0,0% | 0,00 Kč |
|  | DPH 12,0% | 0,00 Kč |
|  | DPH 21,0% | 14414,40 Kč |
|  | **Cena s DPH:** | **83054,40 Kč** |

*Realizace objednávky viz termín v záhlaví. Fakturu zašlete ve dvojím vyhotovení na adresu odběratele.*
*V případě změny sazby DPH je rozhodná cena bez DPH. Na faktuře uvádějte vždy číslo objednávky!*

*Kupní cena je uvedena v.č., dopravného, cla, pojištění, balného, instalace přístroje vč. uvedení do trvalého provozu, zaškolení obsluhy a údržby, případně ES ověření.*
*Požadujeme s přístrojem dodat návod v českém jazyce, prohlášení o shodě, případně certifikát CE, protokol o předání, dodací list, záruční list. Záruční doba dlenabídky 24 měsíců.*

*Přijetím objednávky dodavatel souhlasí s Obchodními podmínkami odběratele uvedenými na http://www.ftn.cz/obchodni-podminky-235/*

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