n ®

INemocnice Havířov, p.o.

Dělnická 1132/24, Havířov

**NEMOCNICE** PSČ 736 01, IČ 00844896 **HAVÍŘOV**

**Číslo objednávky:**

24-03-0333/TK

PROMOS spol. s r.o. Starozuberská 1445 75654 Zubří IČ:42866103

Havarijní oprava O

Limitovaný příslib:

Smlouva:

Kontroloval(a):

***Telefon/ mobil***

**+420606771**

***E-mail***

[**t @nemhav.cz**](mailto:tereza.kocichova@nemhav.cz)

***Vyřizuje***

***V Havířově dne***

**14.05.2024**

Objednávka

**Pro odd. / NS:**

105 203 Porodní sál

**Specifikace:**

Objednáváme

2x injekční dávkovač HEDS7PLUS

4x infuzní pumpu HEDI7PLUS

Dodavatel přijetím a provedením objednávky prohlašuje, že k této činnosti splňuje zákonné předpoklady. Servis bude proveden v souladu se zákonem č. 375/2022 Sb. o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro dle § 46 (dále jen Zákon) a normy ČSN EN 62353 ed. 2.

Součástí faktury vždy bude kopie objednávky a dodací list, v případě servisu servisní list a doklad osoby, která je oprávněna k provádění servisu dle § 46 Zákona a tento servis provedla.

**Důvod** *I* **závada:**

dovybavení porodních sálu a nově vzniklých sekčních pokojů

**Předpokládaná cena dle nabídky/cen. návrhu č.:** 24NA00050

**75 400,00 Kč bez DPH**

**91 234,00 Kč s DPH**

**Datum realizace** *I* **dodání do: Bezodkladně**

|  |  |
| --- | --- |
| Zpracovatel: | Vedoucí oddělení OZT |
| Příkazce: | Vedoucí oddělení centrálního zásobování |
| Správce rozpočtu: | Ekonomická náměstkyně |

Objednávku akceptujeme: *(zde podpis zhotovitele)*

Děkujeme.

Fakturační podmínky: platba bezhotovostním převodem, 45 dnů od doručení faktury.

Žádáme o zasílání faktur na adresu sídla naší organizace uvedené v záhlaví, na oddělení finančního účetnictví.

Uvádějte DIČ na fakturách! Na faktuře uveďte číslo objednávky.

ŘF 8-2023-00-HA Objednávka servis ND DDHM do 40 tis.

Příspěvková organizace

**Moravskoslezského kraje**