

**Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, příspěvková organizace**Výškovická 2995/40, Zábřeh
700 30 Ostravaobjednávka č.: **6/187/2024**ze dne: **5.8.2024****Dodavatel**

Název:	MEDIPRAX CB s.r.o.
Adresa:	Husova tř. 624/43
PSČ, město:	370 05 České Budějovice
IČ:	63886731
DIČ:	CZ63886731
Vyřizuje:	XXXXXXXXXX
Telefon:	XXXXXXXXXX
Fax:	XXXXXXXXXX
E-mail:	XXXXXXXXXX

Odběratel

Název: (fakturační adresa)	Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, příspěvková organizace, Výškovická 2995/40, Zábřeh 700 30 Ostrava
Místo Doručení	ZZS MSK, Výškovická 2995/40
PSČ, Město	700 30 Ostrava
IČ:	48804525
DIČ:	Nejsme plátcí DPH
Vyřizuje:	XXXXXXXXXX
Telefon:	XXXXXXXXXX
E-mail:	XXXXXXXXXX
Adresa pro zasílání faktury:	Vydmuchov 209/8 733 01 Karviná - Fryštát

OBJEDNÁVKA

Poř. Číslo	Váš kód - značení	Jedn.	Popis	Ks	Předpokládaná cena s DPH za jedn. CELKEM	
1			Objednáváme u Vás			
2						
3			rozšíření ventilačních režimů u Medumat standard 2			0,00
4	WM 28959		měření průtoku + ASB	2	51 196,31	102 392,62
5			u přístrojů :			0,00
6			SN 18193 Ostrava-Zábřeh RV			0,00
7			SN 2558 Ostrava-Poruba RV			0,00
8						
9						
10						
11			Akceptováno telefonicky p. XXXXXXXX dne 5.8.2024			
12						
13						
Obě smluvní strany souhlasí se zveřejněním objednávky v plném rozsahu dle zákona č. 340/2015 Sb., o registru smluv						
Celkem:						102 392,62 Kč

Podrobnosti platby**Datum dodání**☐ kreditní kartou ☐ šekem ☒ na účet**Schválení**

Razítko, podpis

Datum: 5.8.2024

Objed.: **6/187/2024**

Zpráva:

Doprava:

Na daňovém dokladu uvádějte název odběratele v plném znění !!!Bankovní spojení:
XXXXXXXXXX
Telefon:XXXXXXXXXX
Fax: XXXXXXXXXXPříspěvková organizace
Moravskoslezského kraje