


**Odběratel**

Institut klinické a experimentální medicíny

Oddělení zdravotnické techniky

Vídeňská 1958/9

140 21 Praha 4

IČO 00023001

DIČ CZ00023001

**Vyřizuje :**
**Dodavatel**
**Alliance Healthcare s.r.o.**
**Podle trati 624/7**
**108 00 Praha**

 IČO **14707420**

 DIČ **CZ14707420**

Tel.:

Email:

Datum vytvoření 12.10.2021

Poř.	Kód zboží	Kód VZP	Název zboží
Interní kód			
10	LA3228		CELLCEPT 500 MG POR CPS DUR 50X500MG
20	LC3169		LEVEMIR 100 U/ML (PENFILL) INJ SOL 5X3ML
30	LC2060		RAPAMUNE 1 MG POR TBL FLM100X1MG
40	LC5268		Detralex por.tbl.fim.120x500mg
50	LE0977		DETRALEX 500MG TBL FLM 180(2X90)
60	LA0377		PREDNISON FORTE TBL 20X20MG(BLISTR)

Cena celkem bez DPH

488 912,18

**CZK**

Celkem DPH

48 891,22

**CZK**
**Celkem s DPH**
**537 803,40**
**CZK**

129748

UPOZORNĚNÍ Součástí dodávky musí být:

- Prohlášení o shodě. V případě že se jedná o zdravotnický prostředek nikoli diagnostický zdravotnický prostředek in vitro, bude uvedena třída rizika přístroje
- Podrobný návod v českém jazyce
- Provedení instruktáže (zaškolení) a vystavení protokolu
- Záruka 24 měsíců

Splatnost faktury se sjednává v délce 60 kalendářních dnů ode dne prokazatelného doručení řádně vystavené faktury kupujícímu.

Na fakturu prosím uvádějte:

- číslo objednávky
- délku záruky

Vystavil