**NEMOCNICE**

**HAVÍŘOV**

**Nemocnice Havířov, p.o.**

Dělnická 1132/24, Havířov PSČ 736 01, IČ 00844896



**Číslo objednávky:**

2024ZT00724

RADIX CZ s.r.o. Čáslavská 231 KUTNÁ HORA IČ: 26774321

Havarijní oprava O Limitovaný příslib: Smlouva: Kontroloval(a):

***Telefon/ mobil***

***E-mail***

[**@nemhav.cz**](mailto:michaela.recmanik@nemhav.cz)

***Vyřizuje***

***V Havířově dne* 06.11.2024**

Objednávka

**Pro odd. / NS:**

110110 - Centrální operační sály

**Specifikace:**

Objednáváme opravu pumpy Storz.

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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název ZP** | **Výrobní model** | **Výrobní číslo** | **Inventární číslo** | **Detail umístění** |
| pumpa sací a proplachovací - sál č.5 | ENDOMAT SELECT | OR508 | 257166 | 5315-COS |

**Důvod / závada:**

Nefunkční - error 150 a 102.

**Předpokládaná cena dle nabídky/cen. návrhu č.:** 137-24-MH

**61 196,00 Kč bez DPH**

**74 047,00 Kč s DPH**

**Datum realizace / dodání do: Bezodkladně**

Zpracovatel:

Vedoucí oddělení OZT

Příkazce:

Provozně technický náměstek

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.