

Vystavil: xxxxx
Telefon: xxxxx
E-mail: xxxxx
Vystaveno: 29.10.2024
Termín dodání do:

Dodavatel IČO: 64583562
DIČ: CZ64583562

Objednávka č.: PP/3361818/24

(číslo objednávky uvádějte v korespondenci, na dodacích listech a na všech vnějších obalech)

Medtronic Czechia s.r.o.**Prosecká 852/66****19000 Praha 9 - Prosek****Česká republika****Dodejte na adresu:**

OZT - FN Motol
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 - Motol

Číslo veřejné zakázky:

VZ0207143

Ev.č. smlouvy ze dne:

Objednáváme u Vás provedení servisu na přístrojích:

Provedení servisu na přístroji Pro středisko: 9971/40	Záruka	Inventární číslo	Výrobní číslo	Cena s DPH
--	--------	---------------------	---------------	------------

Přístroj: Koagulační přístroj, VLFX8GEN**Ne**

30615

FOA13532KX

115 160,94

Oprava: Chybová hláška E214 - nutný servisní zásah.

NIPEZ: 50421000-2 - Opravy a údržba zdravotnických přístrojů

Číslo žádanky: servis2401939

☎ xxxxx

NS: 9971/40 Oddělení centrálních operačních sálů pro děti - sály

navýšení částky dle cenové nabídky dne 11. 12. 2024

Celková odhadní cena objednávky v Kč bez DPH:

95 174,33 Kč

Celková odhadní cena objednávky v Kč s DPH:

115 160,94 Kč

Interní schvalování		
1 xxxxx		schváleno
2 xxxxx		schváleno
3 xxxxx		schváleno

Žádáme Vás o potvrzení, že Vaše společnost souhlasí s plněním objednávky č. **PP/3361818/24**, vystavené Fakultní nemocnicí v Motole. Jsem si vědom/a, že u objednávek nad 50.000,- Kč bez DPH nastává jejich účinnost až dnem uveřejnění obj. v registru smluv v souladu s § 6 odst. 1 zákona č. 340/2015 Sb., o registru smluv. Děkuje.

Datum, Razítko a podpis dodavatele

Akceptováno: **17.12.2024****Bude-li rozpočet nákladů na opravu (dodání ND) vyšší než předpokládaná cena, je nutné částku odsouhlasit vedoucím OZT.**

Před zahájením opravy žádáme cenovou kalkulaci - povolená tolerance je 10%. S ohledem na nezbytnost opravy přístroje pro ochranu života a zdraví pacientů objednatele je zhotovitel po provedení opravy povinen přístroj předat ihned zpět objednateli. Na montážním listu uvádějte inventární nebo výrobní číslo opraveného přístroje.

Platební podmínky: Splatnost faktury je 60 dnů ode dne zdanitelného plnění.

Přílohou faktury musí být originál montážního listu a v případě BTK i originál protokolu BTK. Prosíme o potvrzení objednávky.

Kopii objednávky přiložte k faktuře! Pokud se jedná o preventivní kontrolu, uvádějte na faktuře!

Všechny úkony zahrnující zpracování osobních údajů budou provedeny v souladu s platnými pravidly GDPR