

Objednávka vydaná číslo **OZT/17/05086 / Ke**

Odběratel :

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581

500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

IČO: **00179906**

DIČ: **CZ00179906**

Bankovní spojení: **Česká národní banka**

Číslo účtu: **24639511/0710**

Plátce DPH: **Ano**

Dodavatel :

HOSPIMED, spol. s r. o.

Malešická 2251/51

130 00 Praha 3

Telefon: **225 001 532**

Fax: **225 001 522**

E-mail: **servis@hospimed.cz**

Předpokládám dodání do:

Datum vystavení : **3.8.2017**

Datum odeslání :


Datum splnění :

Objednáváme u Vás :

č.ř.	název položky	množství mj
1.	Oprava - Přístroj endoskopický, v.č. 1100133460, i.č. 0280950000	1

Prosím o zaslání cenového návrhu.

Požadovaný termín splnění objednávky: **4.8.2017**

Kontaktní osoba: 

N.S.: 4751 - ORL operační sály

Dodavatel je povinen:


- na fakturu uvést prohlášení dodavatele o tom, že ke dni vystavení faktury není (je) veden v registru nespolehlivých plátců daně z přidané hodnoty a bankovní účet uvedený na faktuře je účtem, který je plátcem daně dle § 109 z. č. 235/2004 Sb. zveřejněn,
- veškeré případné vícepráce nebo navýšení sjednané ceny nechat vždy předem odsouhlasit,
- fakturu označit číslem této objednávky! Montážní (dodací) list musí dále obsahovat nákladové středisko, výrobní a inventární číslo přístroje, čitelné jméno pracovníka kliniky, který zboží nebo službu převzal, jeho osobní číslo, podpis a razítko,
- oprava musí být provedena v souladu se zákonem č. 268/2014 Sb., dodavatel doloží kopii oprávnění o školení osob u výrobce nebo autorizované osoby dle § 64, § 65, § 66,
- při plnění v hodnotě 50.000 Kč bez DPH a vyšším doložit cenovou nabídku, která musí být před realizací odběratelem odsouhlasena. Zároveň dodavatel souhlasí se zveřejněním všech dokumentů dle platných právních předpisů.


Při nesplnění těchto podmínek bude faktura vrácena !!!

Doba splatnosti faktury je 30 dnů ode dne vystavení faktury.

Přijetím objednávky a zahájením prací dodavatel souhlasí s podmínkami této objednávky.

Ing. Roman Sýkora

vedoucí OZT 

Objednávající: 

Datum: 3.8.2017

N03EXT01_Objednavka 

DODAVATEL IČO : 00676853 DIČ : CZ00676853

HOSPIMED, spol. s r.o.

Malešická 2251/51

130 00 Praha 3

Tel.: 225001511 Fax 225001522

E-mail : hospimed@hospimed.cz

Bankovní spojení : Česká spořitelna a.s., Praha 4

Bankovní spojení : 5274852/0800

Den vystavení	03.08.2017
Dodací lhůta	1 týden
Platební podmínky	30 dnů
Záruční lhůta	24 měsíců
Platnost nabídky je do	31.08.2017

ZÁKAZNÍK:

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581
Hradec Králové

50005

Oprava přístroje endoskopického

Pozice	název	kat. číslo	DPH	množství	mj	Cena bez DPH za MJ	Celkem bez DPH	Měna
001	Oprava přístroje endoskopického v.č. 1100133460 - výměna optických částí systému čipu CCD	9998-9	21%	1,00	ks	198 000,00	198 000,00	CZK
002	Práce servisního technika	9998-2	21%	4,00	hod	890,00	3 560,00	CZK
Součet							201 560,00 CZK	
Celkem bez DPH							201 560,00 CZK	
Celkem s DPH							243 887,60 CZK	

S uctivým pozdravem



3.8.17

