**Nemocnice Havířov, p.o.**

Dělnická 1132/24, Havířov

PSČ 736 01, IČ 00844896

**Číslo objednávky:**

**2025ZT00400**

Havarijní oprava

Limitovaný příslib:

Smlouva:

Kontroloval(a):

LHL s.r.o.

Lipová 17/18

40010 ÚSTÍ NAD LABEM

…

……………

IČ: 27301800

***Telefon/ mobil***

***E-mail***

***Vyřizuje***

***V Havířově* *dne***

**+**

**420**

**@nemhav.cz**

**10.06.2025**

**Objednávka**

**Pro odd. / NS**:

301201 | Lůžková stanice - ARIM

**Specifikace:**

Objednáváme

1

1

2

ks senzoru pro měření celkového hemoglobinu SpHb

ks sensoru PVI

0ks hemodynamický sensor Masimo RD rainbow Neo 12 SpHb

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.

**Důvod / závada:**

měření hemodynamiky a paametrů

**Předpokládaná cena dle nabídky/cen. návrhu č.:**

25NA00509

**79 858,00 Kč bez DPH**

**89 607,82 Kč s DPH**

**Datum realizace / dodání do: bezodkladně**

Zpracovatel:

Vedoucí oddělení OZT

Příkazce:

Vedoucí oddělení centrálního zásobování

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.