|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Odběratel: |  | Dodavatel: |
| **Fakultní Thomayerova nemocnice****Vídeňská 800****140 59 Praha 4 - Krč** |  | **Shimadzu Handels GmbH o.s.** |
| DIČ: CZ00064190     IČ: 00064190SpZ: Pr 1043-obch.rejstř.Městského soudu v Praze |  | DIČ: CZ15887103     IČ: 15887103 |
| Sklad: |  | Sídlo dodavatele: |
|  |  | **K Hájům /2****150 00 Praha 5** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vystaveno:* | **10.07.2025** | *Vystavil:* | **##############** | *tel:***##############** | *e-mail:***##############** |
| *Termín:* | **30.09.2025** | *Předb.cena:* | **60130,74 Kč bez DPH** | **Splatnost faktury je 60 dní + 60 dní bez penalizace** |
| *Smlouva:* |  |

Počet položek: **3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Objednáváme u Vás BTK dle doporučení výrobce, verifikaci pro níže uvedené přístroje:* |
| *Žádáme o provedení prohlídky nejpozději v termínu uvedeném na objednávce u jednotlivé položky.* |
|  |
| 1 | Autosampler SIL-20ACSR, inv.č. IM/21810, vyr.č. L20455470807 | **termín 30.09.2025** |
|  | inv.úsek: OKB - FARMAKOLOGIE, zodpovídá: ##############, telefon: ################, GSM: ############## |
|  |
| 2 | Chromatograf kapalinový Nexera XR s PDA detektorem, inv.č. IM/22101, vyr.č. L20775670403 | **termín 30.09.2025** |
|  | inv.úsek: OKB - FARMAKOLOGIE, zodpovídá: ##############, telefon: ################, GSM: ############## |
|  |
| 3 | GENERÁTOR DUSÍKU GENIUS 1051, inv.č. IM/22641:3, vyr.č. 722050091 | **termín 30.09.2025** |
|  | inv.úsek: OKB - FARMAKOLOGIE, zodpovídá: ##############, telefon: ################, GSM: ############## |
|  | Preventivní údržba |
|  |

*Přijetím objednávky a zahájením prací dodavatel souhlasí s Obchodními podmínkami odběratele uvedeným- a s níže uvedenými povinnostmi dodavatele.*

*Dodavatel je povinen:*
*1. Potvrdit přijetí objednávky písemně nebo e-mailem.*
*2. Před servisním zásahem telefonicky kontaktovat odpovědnou osobu odběratele uvedenou na objednávce pod přístrojem.*
*3. V případě překročení celkové předběžné ceny zaslat cenovou nabídku objednateli a opravu/kontrolu provést až po jejím odsouhlasení.*
*4. Označit přístroj štítkem s vyznačeným datem expirace po provedení jakékoli periodické kontroly.*
*5. Zaslat na adresu ozt-provoz@ftn.cz v elektronické verzi potvrzené servisní výkazy a případně protokoly o kontrolách.*
*6. Na faktuře uvést číslo objednávky a k faktuře přiložit:*
*a. servisní výkaz obsahující potvrzení o provedení práce (jméno, podpis a razítko přebírajícího pracovníka TN),*
*b. po opravě prohlášení, že zařízení je schopno bezpečného provozu.*
*c. po kontrole originální papírový protokol (v případě elektronické fakturace na adresu faktura@ftn.cz zaslat poštou).*
*Při nesplnění těchto podmínek a povinností bude faktura vrácena! Pokud lze, žádáme po dobu opravy zapůjčit náhradní přístroj.*

*Pozn.: pro bezplatný výjezd z areálu potvrdí vjezdový lístek příslušná vrchní či staniční sestra, případně OZT (pavilon G7).*

*#############*
*vedoucí odboru centrálního nákupu*