



**OBJEDNÁVKA** číslo **OBJ-OZT25001533**

**Dodavatel:** Becton Dickinson Czechia, s.r.o.  
Na Hřebenech II 1718/8  
140 00 Praha 4 - Nusle

Vyřizuje  
Telefon  
Fax  
E-mail  
IČ 25142135  
DIČ CZ25142135

**Odběratel:** Ústřední vojenská nemocnice-Voj.fakultní  
nem.Praha

U Vojenské nemocnice 1200  
16902 PRAHA 6

Bankovní spojení ČNB Praha, č.3. 32123-881/0710  
IČ 61383082  
DIČ CZ61383082

Žádáme Vás o provedení bezpečnostně-technických kontrol na níže uvedených přístrojích vč. vystavení protokolů se závěrem a zasláním na oddělení zdravotnické techniky: Cena kontroly je na základě cenové nabídky.

Počet	MJ	Popis	Cena za MJ vč. DPH	Cena celkem do vč. DPH
1		Název ZP, Výrobní model, Sériové číslo, Inventurní číslo Název NS, Kód NS Kontaktní osoba, tel. číslo Požadovaná činnost, Požadovaný termín realizace TPL ANALYZÁTOR-CYTOMETR PRÉTOKOVÝ, BD FACSCanto II, V33896202044, MH0001741 Laboratoř Kliniky inf. nemocí, 7014 Analyzátor -cytometr prstokový	88 566,09	88 566,09
			<b>Cena celkem s DPH:</b>	<b>88 566,09</b>
			<b>Cena celkem bez DPH:</b>	<b>73 195,12</b>

Před realizací informujte kontaktní osobu a oznamte termín realizace.  
Servisní výkaz odevzdejte v den realizace objednaného požadavku na oddělení zdravotnické techniky.  
Fakturu zašlete na oddělení zdravotnické techniky, včetně protokolů a dalších dokladů souvisejících s realizací.  
Dodavatel prohlašuje a před zahájením plnění je povinen doložit, že jeho zaměstnanci provádějící servis (opravy a bezpečnostní technické kontroly), včetně revizí dle ust. A 44 až 47 zákona č. 375/2022 Sb., ve znění pozdějších předpisů, splňují veškeré požadavky stanovené příslušnými právními předpisy pro pracovníky provádějící na výše uvedeném zdravotnickém prostředku servis, popř. rovněž elektrické, tlakové či plynové revize, pokud se uvedené revize dle příslušných právních předpisů u výše označeného zdravotnického prostředku provádí.

Termín dodání:

Datum vystavení: **18.07.2025**

Schválil:

Vyřizuje:

22.07.2025 8:01:20