

Objednávka vydaná číslo **OZT/17/05769 / VI**

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 : 5.9.2017

Datum odeslání :


Datum splnění :

Objednáváme u Vás :

č.ř.	název položky	množství mj
------	---------------	-------------

1.	Oprava - Laryngoskop flexibilní, typ: NASO-PHARO, v.č. 5000252975, i.č. 0297970000	1
----	---------------------------------------------------------------------------------------	---

Požadovaný termín splnění objednávky: 8.9.2017-spěchá!

Kontaktní osoba: 

N.S.: 4731 - ORL ambulance

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 

Objednávající: 

Datum: 5.9.2017

N03EXT01_Objednavka 

DODAVATEL IČO : 00676853 DIČ : CZ00676853

HOSPIMED, spol. s r.o.

Malešická 2251/51

130 00 - Praha 3

Tef.: 225001511

Fax 225001522

E-mail : hospimed@hospimed.cz

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

Bankovní spojení : 5274852/0800

ZÁKAZNÍK:

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581

Hradec Králové

50005

Den vystavení 07.09.2017

Dodací lhůta 1 týden

Platební podmínky 30 dnů

Záruční lhůta 24 měsíců

Platnost nabídky je do 30.09.2017

Oprava laryngoskopu

Pozice	název	kat. číslo	DPH	množství	mj	Cena bez DPH za MJ	Celkem bez DPH	Měna
001	Oprava flexibilního laryngoskopu: v.č.: 5000252975	9998-Mo	21%	1,00	ks	99 564,00	99 564,00	CZK
002	Práce servisního technika	9998-2	21%	2,00	hod	890,00	1 780,00	CZK
Součet							101 344,00 CZK	
Celkem bez DPH							101 344,00 CZK	
Celkem s DPH							122 626,24 CZK	

S uctivým pozdravem

