

# Objednávka č.SZMCB094132

Odběratel:

Nemocnice České Budějovice a.s.  
B. Němcové 585/54  
370 01 České Budějovice

IČO: 26068877  
DIČ: CZ26068877  
tel.: 387871111  
fax:  
e-mail: obchodni@nemcb.cz

Dodavatel:

PERFORMA MEDICAL s.r.o.  
Pražská 126  
25601 Benešov

IČO: 03524124  
DIČ: CZ03524124  
tel.: 739 390 505  
fax:  
e-mail: objednavky@performamedical.cz

Žádáme Vás o potvrzení ceny objednávky, v případě změn nás obratem informujte.

Požadujeme závoz na oddělení - viz. objednávka. Faktury, které musí obsahovat vždy číslo objednávky, zasílejte jednotlivě na adresu [fakturace@nemcb.cz](mailto:fakturace@nemcb.cz) ve formátu pdf. Splatnost faktur je 30 dní od data doručení do nemocnice, pokud není smluvně ujednáno jinak. Není též možné akceptovat další náklady k dodání zboží, jako je poštovné, balné, dopravné apod. Cenový rozdíl oproti objednávce je nutné konzultovat s obchodním oddělením. Společně s fakturou požadujeme zaslat dodací listy potvrzené odběratelem, včetně data předání odběrateli, nejpozději do 5ti pracovních dnů po předání zboží. Je nutné, aby na dodacích listech byl čitelný podpis a razítko přebírajícího.

| Středisko | Kód      | Název                                  | Cena<br>Kč/MJ | Množství | MJ  | Celkem Kč |
|-----------|----------|----------------------------------------|---------------|----------|-----|-----------|
|           | 04001980 | SYRINGE Kit A2000 10/CS ACIST<br>CZ    |               | 5,00     | bal |           |
|           | 04001981 | MANIFOLD Kit BT 2000 10/CS<br>ACIST CZ |               | 5,00     | bal |           |
|           | 04001982 | Angio Touch Kit AT-P54 Acist<br>CZ     |               | 35,00    | bal |           |

**Celkem vč. DPH: 383 324,67 Kč**

Pozn: Uživatel: Kateřina Rozboudová, Email: , Pozn.: .

Věnujte zvýšenou pozornost upraveným podmínkám v záhlaví objednávky. Žádáme o její ch důsledné dodržování. Děkujeme

Vystavil: Rozboudová Kateřina, 2018-06-06 14:43

