|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objednávka č.** | OZT/19 022/VFN/ 2018/11510 | **Dodavatel:** |
| **Datum vystavení** | 15.11.2018 |
| **Termín dodání** | Do 5 týdnů |
| **Splatnost (dní)** | 30 dní |
| **IČ** | 00064165 | **IČ** |  |
| **DIČ** | CZ00064165 | **DIČ** |  |
| **Banka:** | Česká národní banka | **Kontakt:**  |
| **Číslo účtu** | 24035021/0710 |
| **Vyřizuje, tel. č.:** |  |
| **Předmět objednávky:**  |
| Dle podmínek uvedených v přiložené nabídce č. 72/2018 ze dne 15.11.2018 u Vás objednáváme níže uvedené zboží:**Shaver: Advantage Turbo 2-Button shaver, kat. č. D9924**Záruka 24 měsíců, doprava, zaškolení personálu, BTK, po dobu záruky zahrnuto v ceně.Zboží musí být nové, nepoužité, nerepasované, nepoškozené, plně funkční, v nejvyšší jakosti poskytované výrobcem zboží a spolu se všemi právy nutnými k jeho řádnému a nerušenému nakládání a užívání kupujícím. |
|  | **Celkem bez DPH** | **Sazba DPH** | **Celkem vč. DPH** |
| 105.000,- Kč | 21 % |  127.050,-Kč |
|  |
| **Dodací dispozice: I. Chirurgická klinika, pavilon A8, 3. patro, VFN, U Nemocnice 1, Praha 2** |
| **Kontaktní informace:**  |
| **Poznámka:** S dodávkou přístrojů předejte návod v ČJ, prohlášení o shodě, notifikaci ZP a registrace firmy pro servis u SUKL, vyplněný formulář Seznam zdravotnické techniky – v příloze |
| **Faktury zasílejte adresu:**  | Podpis kompetentního schvalovatele |
| elektronicky ve formátu PDF nebo ISDOC na e-mailovou adresu: faktury@vfn.cz nebo poštou na adresu:Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ekonomický úsek – Odbor účetnictví, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 08 |
| **Podmínky fakturace atp.:** |
| Na faktuře uvádějte záruční dobu na dílo i materiál, rozpis prací a materiálu a číslo naší objednávky, jinak fakturu nelze včas zaplatit. Smluvní strany se dohodly, že v případě objednatele s úhradou platby může zhotovitel (prodávající) účtovat pouze smluvní úrok 0,01 % denně. Fakturu lze zaslat ve formátu ISDOC na adresu faktury@vfn.cz |
|  |
| **Ředitel VFN** |
| Razítko: |
| Objednávku přijímám a souhlasím s podmínkami podpis a razítko odpovědné osoby dodavatele: |