2017/0013/A0/00

TR

Edenred

Kód klienta: 172004

OBCHODNÍ SMLOUVA

Odběratel: **Poliklinika Prosek a.s.**
Se sídlem: **Praha 9, Lovosická 40/440, PSČ 19000**
Společnost zapsaná v OR **B 14866 vedená u Městského soudu v Praze**
Zastoupený (jméno, funkce): **MUDr. MICHAL MAŠEK, předseda představenstva**
Objednávající (jméno, funkce): **Vladimír Fejtek**
Tel.: **266 010 126** IČ: **28495306**
Fax: ..... DIČ: **CZ 28495306**
e-mail: **fejtek.v@poliklinikaprosek.cz**
Číslo účtu / směrový kód banky: **115482329/0800**

a

Dodavatel: Edenred CZ s.r.o., se sídlem Na Poříčí 1076/5, 110 00 Praha 1
zastoupený: **Jakubem Koštířem**
Tel.: ***234 662 340*** IČ: **24745391**
Fax: ***234 662 349*** DIČ: **CZ24745391**
e–mail : klient-cz@edenred.com
Bankovní spojení: **51-2498720257/0100**

uzavřeli spolu podle příslušných ustanovení občanského zákoníku tuto smlouvu o zabezpečení závodního stravování pro pracovníky odběratele:

I.
Dodavatel zabezpečí závodní stravování pro zaměstnance odběratele (dále jen „strávníky") ve vybraných provozovnách a bude odběrateli prodávat proti zfalšování zabezpečené poukázky na stravování (dále jen „poukázky") na základě závazné, písemné objednávky. Odběratel zaplatí a odebere poukázky do 15 dnů od data písemné objednávky. Skartační poplatek ve výši provize, nejméně 2 % z objemu, bude účtován pouze v případě neodebrání již vyrobených poukázek.

II.
Poukázky může strávník uplatnit ve vybraných provozovnách, jež budou označeny emblémem TR – Ticket Restaurant®.

III.
Odběratel poskytne dodavateli za poskytnuté služby provizi, ve výši 2,5 % z celkové hodnoty objednávaných poukázek, minimálně však 100 Kč. Provize podléhá dani z přidané hodnoty dle zákona.

IV.
Vrácení nespotřebovaných poukázek odběratelem dodavateli k proplacení je možné, jsou-li doručeny dodavateli nejdéle do 15 kalendářních dnů po skončení doby platnosti poukázek.
Skartační poplatek ve výši 2 % (minimálně 100 Kč) z objemu nespotřebovaných poukázek bude účtován odběrateli.

V.
Za kvalitu jídel a ostatních služeb ručí provozovatel odbytového zařízení. Případné reklamace vyřizuje odběratel přímo s provozovatelem příslušného odbytového zařízení.

VI.
Odběratel podpisem této smlouvy udílí ve smyslu ust. § 7 zákona č. 480/2004 Sb. dodavateli souhlas s využitím svého výše uvedeného elektronického kontaktu pro potřeby šíření obchodních sdělení dodavatele s tím, že tento souhlas bude moci odběratel kdykoliv a jakýmkoliv způsobem odmítnout, a to i při zasílání každé jednotlivé zprávy dodavatele.

VII.
Tato smlouva může být měněna a doplňována pouze písemnou formou se souhlasem obou stran.
Vztahy mezi smluvními stranami neupravené touto smlouvou se řídí Všeobecnými obchodními podmínkami pro Obchodní smlouvu (dále jen „VOP"), jejichž aktuální verze je k dispozici na www.edenred.cz, a které tvoří v souladu s příslušnými ustano-veními právních předpisů nedílnou součást této smlouvy. Podpisem této smlouvy odběratel potvrzuje, že se seznámil
s obsahem a významem VOP, jakož i dalších dokumentů, na které se ve VOP odkazuje, a výslovně s jejich zněním souhlasí. Odběratel tímto prohlašuje, že ho dodavatel upozornil na ustanovení, která odkazují na VOP stojící mimo vlastní text smlouvy a jejich význam mu byl dostatečně vysvětlen. Odběratel bere na vědomí, že je vázán nejen smlouvou, ale i VOP a bere na vědomí, že nesplnění povinností či podmínek uvedených ve VOP může mít stejné právní následky jako nesplnění povinností a podmínek vyplývajících ze smlouvy.

VIII.
Smlouva se vyhotovuje v počtu dvou výtisků, z čehož smluvní strany obdrží po jednom výtisku. Tato smlouva nahrazuje původní smlouvu uzavřenou mezi stranami, týkající se stejného nebo obdobného předmětu plnění.
Platnost a účinnost smlouvy nastává dnem podpisu zástupců obou smluvních stran. Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou, výpovědní lhůta jsou dva měsíce a začíná běžet prvním dnem měsíce následujícího po měsíci, kdy byla výpověď doručena druhé smluvní straně.

V PRAZE dne 10.4.2017

Dodavatel:
Razítko + podpis

Edenred CZ s.r.o.
Na Poříčí 1076 5, 110 00 Praha 1
Tel.: 234 662 340, fax: 234 662 349
IČ: 24745391

V dne

Odběratel:
Razítko + podpis

Poliklinika Prosek a.s.
Lovosická 40/440, 190 00 PRAHA 9
IČO: 284 95 306
Tel : 266 010 111