

Objednávka zboží číslo: 180499/04Datum vystavení: **6.12.2018****OBJEDNAVATEL:****IČ:** 00023736**DIČ:** CZ00023736**Banka:** ČNB**Číslo účtu:** 31438021/0710

Jsme plátcí DPH.

DODAVATEL:

Teleflex Medical s.r.o.

Pražská třída 209/182

500 04 Hradec Králové - Plačice

IČ: 28849809**DIČ:** CZ28849809

Vyřizuje:	Telefon:	Mobil:	E-mail:	Útvar:	Zakázka č:	Měna:
						1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		Arrow 3-cestná g+ard Blue PLUS bal/10ks <i>Katalogové číslo: CV-45703</i>					
ks		Sáček-S Rusch-mono bal/20ks <i>Katalogové číslo: 673044</i>					
ks		Sáček-U Rusch -hodinová diuresa bal/10ks <i>Katalogové číslo: 673065</i>					
ks		močový katétr Ch 16 ženský bal/10ks <i>Katalogové číslo: 180605 CH16</i>					
ks		močový katétr Ch 16 mužský bal/10ks <i>Katalogové číslo: 181305 ch-16</i>					
ks		močový katetr CH-18 ženský bal/10ks <i>Katalogové číslo: 180605 CH18</i>					
ks		Močový katetr -CH 14 mužský bal/10ks <i>Katalogové číslo: 181 305 CH14</i>					
ks		PICC SET HP 2-lumen 50cm <i>Katalogové číslo: EU-25052-HP</i>					
ks		PICC SET HP 1-lumen 50cm <i>Katalogové číslo: EU-05041-HP</i>					

Celkem:	0.00	0.00	0.00
----------------	-------------	-------------	-------------

PODMÍNKY FAKTURACE: Číslo objednávky (objednávek) nebo smlouvy (smluv) musí být uvedeno v dodacím listu, nákladním listu i na faktuře.
Na faktuře musí být rozepsány částky po položkách s uvedením jednotlivých zakázkových čísel.
Nebudou-li tyto podmínky splněny, bude faktura vrácena zpět dodavateli k doplnění.
Faktura bude uhrazena až po doplnění z Vaší strany.