

**Objednávka zboží číslo: 180844/03**Datum vystavení: **31.10.2018****OBJEDNAVATEL:**IČ: **00023736**DIČ: **CZ00023736**Banka: **ČNB**Číslo účtu: **31438021/0710**

Jsme plátcí DPH.

**DODAVATEL:**

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U nemocnice 499/2

128 00 Praha - Nové Město

IČ: 00064165

DIČ: CZ00064165

Vyřizuje:	Telefon:	Mobil:	E-mail:	Útvar:	<b>Zakázka č.:</b>	Měna:
						1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		TASIGNA 150 MG TVRDÉ TOBOLKY por cps dur 112x150mg bli i <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		SPRYCEL 20 MG por tbl flm 60x20mg <i>Katalogové číslo:</i>					
<b>Celkem:</b>				<b>0.00</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>

Místo určení:

**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.