

**Objednávka zboží číslo: 180943/03**

Datum vystavení: 3.12.2018

**OBJEDNAVATEL:**

**IČ:** 00023736  
**DIČ:** CZ00023736  
**Banka:** ČNB  
**Číslo účtu:** 31438021/0710  
Jsme plátcí DPH.

**DODAVATEL:**

KaN 7, s.r.o.  
Karlovo náměstí 325/7  
120 00 Praha - Nové Město  
**IČ:** 25936115  
**DIČ:** CZ25936115

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

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		CELLCEPT 500 MG por tbl nob 50x500mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		HERPESIN 250 inf plv sol 10x250mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		SOLU-MEDROL inj pso lqf 40mg+1ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CELLCEPT 500 mg INF PLV SOL 4X500mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		INVANZ 1 G inf plv sol 1x1gm <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		PEGASYS 135 MCG/0.5ML inj sol 1x0.5ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		JAKAVI 5 MG por tbl nob56x5mg <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.