

Objednávka zboží číslo: 190107/03

Datum vystavení: 11.2.2019

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		FOSCAVIR 24mg/1ml inf.sol 1x250ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		MERONEM inj plv sol 10x1gm <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		OMEPRAZOL MYLAN 40 MG inf plv sol 5x40mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		FRAXIPARINE inj sol 10x0.6ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		FRAXIPARINE inj sol 10x1ml <i>Katalogové číslo:</i>					
Celkem:				0.00		0.00	0.00

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.