ÚSTAV HEMATOLOGIE A KREVNÍ TRANSFUZE, U Nemocnice 2094/1, 128 00, Praha 2

Objednávka zboží číslo: 190266/03

Datum vystavení: **3.4.2019**

OBJEDNAVATEL:

IČ: **00023736**
DIČ: **CZ00023736**
Banka: **ČNB**
Číslo účtu: **31438021/0710**
Jsme plátci 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	INFANRIX HEXA inj sus10x0.5mlbc+st *Katalogové číslo:*					
	ks	FRAXIPARINE inj sol 10x0.8ml *Katalogové číslo:*					
	ks	AUGMENTIN 1 G por tbl flm 14x1gm *Katalogové číslo:*					
	ks	IMBRUVICA 140mg tbl bal/90x140mg *Katalogové číslo:*					
	ks	DOXYHEXAL 200mg tbl nob 20 *Katalogové číslo:*					
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.