

**Objednávka zboží číslo: 190613/03**Datum vystavení: **9.8.2019****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:	<b>Zakázka č.:</b>	Měna:
						1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		VANCOMYCIN MYLAN 500 MG INF PLV SOL 1x500MG <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CEFTAZIDIM KABI 2 GM inj+inf plv sol 10x2gm <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		IMBRUVICA 140mg tbl bal/90x140mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		AKNEMYCIN liq 1x25ml/500mg lag i <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		VOLUVEN 6% inf sol 20x500ml <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.