

Objednávka zboží číslo: 190650/03

Datum vystavení: 23.8.2019

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: **Zakázka č:** Měna: 1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		INFANRIX HEXA INJ.SUS.1X0.5ML+ST. <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		VIDAZA 25MG/ML INJ.PLV.SUS. 1x100mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		METRONIDAZOL 500MG BRAUN inf sol 10x100ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CEFTAZIDIM KABI 2 GM inj+inf plv sol 10x2gm <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		JAKAVI 5 MG por tbl nob56x5mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		JAKAVI 5 MG por tbl nob 56x5 mg -PRVNÍ PODÁNÍ <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		NEORECORMON 5000iu inj sol 6x0,3ml <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.