

Objednávka zboží číslo: 190370/04

Datum vystavení: 16.10.2019

OBJEDNAVATEL:

IČ: 00023736

DIČ: CZ00023736

Banka: ČNB

Číslo účtu: 31438021/0710

Jsme plátcí DPH.

DODAVATEL:

Teleflex Medical s.r.o.

Pražská třída 209/182

500 04 Hradec Králové - Plačice

IČ: 28849809

DIČ: CZ28849809

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

| Mn. | MJ | Název zboží | Jednotková cena | Cena základ | DPH [%] | DPH celkem | Cena celkem |
|----------------|----|---|-----------------|-------------|---------|-------------|-------------|
| ks | | Arrow-hemodialyzační katetr dvoucestný14FR bal/5ks <i>Katalogové číslo: CS-15142-F</i> | | | | | |
| ks | | Arrow 3-cestná g+ard Blue PLUS bal/10ks <i>Katalogové číslo: CV-45703</i> | | | | | |
| Celkem: | | | | 0.00 | | 0.00 | 0.00 |

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.