

Objednávka zboží číslo: 190966/03

Datum vystavení: 19.12.2019

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		SOLU-MEDROL inj pso lqf 40mg+1ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		MYCAMINE 100 MG inf plv sol 1x100mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		MERONEM inj plv sol 10x1gm <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		TIAPRIDAL por tbl nob 50x100mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		ICLUSIG 15 MG. tbl. <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		COTRIMOXAZOL AL FORTE por tbl nob 20x960mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		VENCLYXTO 100mg tbl flm 7 <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		VENCLYXTO 100mg tbl flm 14 <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		VENCLYXTO 10mg tbl flm 14 <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		VENCLYXTO 50mg tbl flm 7 <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		GRANISETRON KABI 1mg/ml inj sol 5x3ml <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.