

Objednávka zboží číslo: 2001280N3Datum vystavení: **3.9.2020****OBJEDNAVATEL:****IČ:** 00023736**DIČ:** CZ00023736**Banka:** ČNB**Číslo účtu:** 31438021/0710

Jsme plátcí DPH.

DODAVATEL:**KaŇ 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		GRAFALON 20 MG/ML 20MG/ML INF CNC SOL 1X5ML <i>Katalogové číslo:</i>				<i>Kód SÚKL: 0185667</i>	
ks		NOXAFIL 100MG TBL ENT 24(2X12) <i>Katalogové číslo:</i>				<i>Kód SÚKL: 0210001</i>	
ks		AZITROMYCIN SANDOZ 500MG TBL FLM 3 <i>Katalogové číslo: 2620715</i>				<i>Kód SÚKL: 0045010</i>	
ks		NPLATE 250MCG INJ PSO LQF 1+1X0,72ML ISP <i>Katalogové číslo: 2377878</i>				<i>Kód SÚKL: 0167449</i>	
ks		ARANESP 500MCG INJ SOL ISP 1X1ML II <i>Katalogové číslo: 10149599</i>				<i>Kód SÚKL: 0149599</i>	
ks		SYNTOSTIGMIN 0,5MG/ML INJ SOL 10X1ML <i>Katalogové číslo: 0000612</i>				<i>Kód SÚKL: 0000612</i>	
ks		PROGRAF 5MG/ML INF CNC SOL 10X1ML <i>Katalogové číslo: 1189472</i>				<i>Kód SÚKL: 0057631</i>	

Celkem:	730,169.08	73,016.92	803,186.00
----------------	-------------------	------------------	-------------------

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.