

tel.: 577 551 111, fax: 577 552 107, e-mail: bnzlin@bnzlin.cz

**Odběratel****Krajská nemocnice T. Bati, a. s.**  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín

Požadovaná dodací lhůta:

Dopravní dispozice:

Faktury budou splatné 60 dnů od doručení do KNTB.

BS

Ve Zlíně dne 4.7.2018

Objednávka 8794/2018/8/VYCH

Dodavatel

PHOENIX lékárenský velkoobchod, s.r.o.  
K pérovně 945/7  
76327 Praha 10  
IČ: 45359326, DIČ: CZ45359326

| č.                                            | Název zboží, služby                         | Kód         | Cena/MJ (bez DPH) | DPH    | MJ | Množství | Cena bez DPH  |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------|--------|----|----------|---------------|
| 1                                             | ELIGARD 22,5 MG INJ PSO LQF<br>1X22.5MG VAN | 01252<br>99 | ████████          | 10,00% | ks | █        | ████████      |
| 2                                             | FIRMAGON 80 MG INJ PSO LQF<br>1X80MG+1X6ML  | 05006<br>46 | ████████          | 10,00% | ks | █        | ████████      |
| 3                                             | FASLODEX 250mg/5ml inj sol                  |             | ████████          | 10,00% | ks | █        | ████████      |
| 4                                             | ZOLADEX DEPOT 3,6mg                         |             | ████████          | 10,00% | ks | █        | ████████      |
| Předpokládaná celková cena objednávky         |                                             |             |                   |        |    |          | 397 434,16 Kč |
| Předpokládaná celková cena objednávky vč. DPH |                                             |             |                   |        |    |          | 437 177,57 Kč |

Interní poznámka:

Objednávka z příjmu 6174/18 (Lekis nemocnice)

Faktury adresujte na oddělení financí KNTB.

Dodavatel souhlasí s Obecnými nákupními podmínkami Krajské nemocnice T.Bati, a. s., které jsou součástí objednávky.

Potvrzenou kopii objednávky, prosím, vraťte na adresu Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Na fakturách uvádějte čísla objednávek.

Za příjemce vyřizuje: ██████████ email:

██████████, tel: ██████████

