

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

OdběratelKrajská 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 22.1.2019

Objednávka 915/2019/8/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	FRAXIPARINE FORTE INJ SOL 10X0.8ML	0213482	██████████	10,00%	ks	█	██████████
2	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.3ML	0213487	██████████	10,00%	ks	█	██████████
3	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.4ML	0213494	██████████	10,00%	ks	█	██████████
4	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.6ML	0213489	██████████	10,00%	ks	█	██████████
5	FASLODEX 250MG/5ML inj sol 250mg/5ml	0028059	██████████	10,00%	ks	█	██████████
Předpokládaná celková cena objednávky							69 263,38 Kč
Předpokládaná celková cena objednávky vč. DPH							76 189,71 Kč

Interní poznámka:

Objednávka z příjmu 704/19 (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: ██████████

