

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: 1 den Dopravní dispozice:  
zboží dodat do lékárny Faktury budou splatné 60  
dnů od doručení do KNTB.  
BS

Ve Zlíně dne 25.1.2018

Objednávka 1417/2018/8/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                                             | AVONEX INJ SOL 4X30RG/DÁV+4JEH                   | 01851<br>15 | ██████████        | 10,00% | ks | █        | ██████████    |
| 2                                             | TYSABRI 300 MG IVN INF CNC<br>SOL1X15ML(20MG/ML) | 00271<br>84 | ██████████        | 10,00% | ks | █        | ██████████    |
| 3                                             | MICROPAQUE CT sus 1x2000ml/100gm                 |             | ██████████        | 10,00% | ks | █        | ██████████    |
| 4                                             | PRADAXA 75 MG POR CPS DUR<br>30X1X75MG           | 00293<br>23 | ██████████        | 15,00% | ks | █        | ██████████    |
| Předpokládaná celková cena objednávky         |                                                  |             |                   |        |    |          | 300 107,47 Kč |
| Předpokládaná celková cena objednávky vč. DPH |                                                  |             |                   |        |    |          | 330 143,40 Kč |

Interní poznámka:

Objednávka z příjmu 737/18 (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: ██████████

