

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

Ve Zlíně dne 19.12.2017

Objednávka 19943/2017/8/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 FORTE INJ SOL 10X1ML	0213484	██████	10,00%	ks	█	██████
3	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.3ML	0213487	██████	10,00%	ks	█	██████
4	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.3ML	0213487	██████	10,00%	ks	█	██████
5	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.4ML	0213494	██████	10,00%	ks	█	██████
6	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.4ML	0213494	██████	10,00%	ks	█	██████
7	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.6ML	0213489	██████	10,00%	ks	█	██████
8	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.6ML	0213489	██████	10,00%	ks	█	██████
9	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.8ML	0213485	██████	10,00%	ks	█	██████
Předpokládaná celková cena objednávky							58 066,78 Kč
Předpokládaná celková cena objednávky vč. DPH							63 873,45 Kč

Interní poznámka:

Objednávka z příjmu 10153/17 (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: ██████████

