

Objednávka zboží číslo: 2003259N3

Datum vystavení: 25.11.2020

OBJEDNAVATEL:

IČ: 00023736
DIČ: CZ00023736
Banka: ČNB
Číslo účtu: 31438021/0710
Jsme plátcí DPH.

DODAVATEL:**Ústav pro péči o matku a dítě, příspěvková organizace**

Podolské nábřeží 157/36
147 00 Praha - Podolí
IČ: 00023698
DIČ: CZ00023698

Vyřizuje: Telefon: Mobil: E-mail: Útvar: **Zakázka č:** Měna: 1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		VANCOMYCIN MYLAN 1000MG INF PLV SOL 1 <i>Katalogové číslo: 2582782 Kód SÚKL: 0166269</i>					
ks		MYCAMINE 100MG INF PLV SOL 1 <i>Katalogové číslo: 85940520508; Kód SÚKL: 0500720</i>					
ks		FRAXIPARINE 9500IU/ML INJ SOL ISP 10X0,3ML <i>Katalogové číslo: 3082071 Kód SÚKL: 0213487</i>					
ks		JANUVIA 100MG TBL FLM 28 <i>Katalogové číslo: 0028740 Kód SÚKL: 0028740</i>					
ks		DISULONE 100MG TBL NOB 100 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: NLP_004</i>					
ks		DEXAMED 8MG/2ML INJ SOL 10X2ML <i>Katalogové číslo: 52909310009; Kód SÚKL: 0084090</i>					
ks		KANAVIT 10MG/ML INJ EML 5X1ML <i>Katalogové číslo: 85850044070; Kód SÚKL: 0000489</i>					
ks		NOVALGIN 500MG/ML INJ SOL 5X5ML <i>Katalogové číslo: 85951878117; Kód SÚKL: 0055824</i>					

Celkem:	262 886.31	26 296.56	289 182.87
----------------	-------------------	------------------	-------------------

Poznámka:

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.