ÚHKT ÚSTAV HEMATOLOGIE A KREVNÍ TRANSFUZE, U Nemocnice 2094/1, 128 00, Praha 2

Objednávka zboží číslo: 2104957N3

Datum vystavení: **12.7.2021**

OBJEDNAVATEL:

IČ: **00023736**
DIČ: **CZ00023736**
Banka: **ČNB**
Číslo účtu: **31438021/0710**
Jsme plátci 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	CELLCEPT 500MG INF PLV CSL 4 *Katalogové číslo: 85940401922* *Kód SÚKL: 0027440*					
	ks	EXACYL 100MG/ML INJ SOL 5X5ML *Katalogové číslo: 85951165207* *Kód SÚKL: 0049990*					
	ks	ŘÍMSKÁ MAST UNG 100G *Katalogové číslo: 10000092* *Kód SÚKL: IPLP_016*					
	ks	AMIKACIN B.BRAUN 10 MG/ML 10MG/ML INF SOL 10X100ML *Katalogové číslo: 2551621* *Kód SÚKL: 0141838*					
	ks	LINEZOLID KABI 2MG/ML INF SOL 10X300ML *Katalogové číslo: 3245108* *Kód SÚKL: 0216704*					
	ks	INFADOLAN 1600IU/G+300IU/G UNG 30G II *Katalogové číslo: 2920701* *Kód SÚKL: 0202878*					
	ks	BEPANTHEN PLUS 50MG/G+5MG/G CRM 30G *Katalogové číslo: 859032200003* *Kód SÚKL: 0059714*					
Celkem:				**118 152.36**		**11 815.24**	**129 967.60**

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.