

Objednávka zboží číslo: 2105318N3

Datum vystavení: 23.7.2021

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		THYMOGLOBULINE 5MG/ML INF PLV SOL 1					
		<i>Katalogové číslo: 0150726</i>					
		<i>Kód SÚKL: 0150726</i>					

Celkem:			86 009.27			8 600.93	94 610.20
----------------	--	--	------------------	--	--	-----------------	------------------

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.