

OBJEDNÁVKA

Ev. číslo dokladu:

EKM/2021/19

Datum vystavení:

12.04.2021

Odběratel

THERMAL-F, a. s.

I.P.Pavlova 2001/11
360 01 Karlovy Vary
česká republika

IČ: 25401726

DIČ: CZ25401726

Kontaktní údaje

Vyřizuje:

E-mail:

Telefon:

Fax:

Web:

rmal

Ostatní údaje

Forma úhrady:

Převodem

Způsob dopravy

Dodání na adresu firmy se jménem ko

Termín vyřízení:

Dodavatel

Medimall

Semtín 52
530 02 Pardubice 19

IČ: 08677107

E-mail:

Telefon:

Fax:

Označení dodávky

Množství Mj

Cena/mj Sazba DPH

(Kč)

(%)

Cel. s DPH

(Kč)

Objednáváme u Vás

antigenní testy

LEPU Medical (výtěr z přední části nosu)

dohodnuta splatnost faktury 7 dní

(NS 5400)

200.00 ks

69.00

13800.00

MAL-F, a.s.

I.P.Pavlova 2001/11

360 01 Karlovy Vary

IČ: 25401726 DIČ: CZ25401726

23

- 1.Faktura bude uhrazena do 45 dnů po obdržení/faktury/
- 2.Na faktuře uvádějte vždy číslo objednávky a jméno objednatele,+ přikládejte kopii objednávky.

Celkem k úhradě:**13 800.00 Kč**

Sazba DP	Základ (Kč)	DPH (Kč)	Cel. s DPH (Kč)
21	0.00	0.00	0.00
15	0.00	0.00	0.00
0	13800.00	0.00	13800.00
0	0.00		0.00

Razítko a podpis