

POTVRZENÍ OBJEDNÁVKY

DODAVATEL:**PROMEDICA PRAHA GROUP,a.s.**Novodvorská 136
142 00 Praha 4
IČO: 25099019
DIČ: CZ25099019**ODBĚRATEL:**0047 **Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková
organizace
lékárna I. - nemocnice**
El. Krásnohorské 321
738 01 Frýdek-Místek
IČO: 00534188
DIČ: CZ00534188**Věc: Potvrzení objednávky**

Tímto potvrzujeme Vaši objednávku č. O21/NemLek/005138 ze dne 02.09.2021 v rozsahu plném.

Datum akceptace: 02.09.2021

Dodavatel souhlasí se zveřejněním objednávky včetně této akceptace podle zákona č. 340/2015 Sb., o registru smluv, ve znění pozdějších předpisů.

Specifikace objednávky

Kód	Název	Počet
0213485	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0,8ml	bal
0213489	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0,6ml	bal
0213494	FRAXIPARINE INJ SOL 10X0,4ml	bal

Cena celkem bez DPH