



# VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Nemocniční lékárna | U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.:

Formulář | F-LEK-005 | strana 1 z 1 | verze 1

## OBJEDNÁVKA

|   |                      |                                    |
|---|----------------------|------------------------------------|
| Objednávka č.   |                      | <b>Dodavatel:</b>                  |
| <b>Datum vystavení</b>  | 4.11.2021            | Sanofi Aventis                     |
| <b>Termín dodání</b>  |                      |                                    |
| <b>Splatnost (dní)</b>  | 90                   |                                    |
| <b>IČ</b>   | 00064165             | <b>IČ</b>                          |
| <b>DIČ</b>  | CZ00064165           | <b>DIČ</b>                         |
| <b>Banka:</b>   |                      | <b>Kontakt:</b>                    |
| <b>Číslo účtu</b>   |                      |                                    |
| <b>Vyřizuje, tel. č.:</b>   |                      |                                    |
| <b>Předmět objednávky:</b>  |                      |                                    |
| 200x Aldurazyme   | (x-x-x-0)            |                                    |
| 200x Cerezyme   | (x-x-x-0)            |                                    |
| 1000x Myozyme   | (x-x-x-X)            |                                    |
|   |                      |                                    |
|   |                      |                                    |
|   | <b>Sazba DPH (%)</b> | <b>Celkem vč. DPH</b>              |
|   |                      |                                    |
| <b>Dodací dispozice:</b> VFN, nemocniční lékárna OVVII, Ke Karlovu 6, Praha 2   |                      |                                    |
| <b>Kontaktní informace:</b> , tel. , e-mail:  |                      |                                    |
| <b>Poznámka:</b> dodávku i fakturu zasílejte na adresu viz dodací dispozice, faktura bude předána na odbor účetnictví   |                      |                                    |
| <b>Faktury zasílejte ve dvou vyhotoveních na adresu:</b>  |                      | Podpis kompetentního schvalovatele |
| Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,<br>Ekonomický úsek – Odbor účetnictví,<br>U Nemocnice 2, Praha 2, 128 08  |                      |                                    |
| <b>Podmínky fakturace atp.:</b>   |                      |                                    |
| Na faktuře uvádějte záruční dobu na dílo i materiál, rozpis prací a materiálů a číslo naší objednávky, jinak fakturu nelze včas zaplatit. Smluvní strany se dohodly, že v případě prodloužení objednávatele s úhradou platby může zhotovitel (prodávající) účtovat pouze smluvní úrok 0,01 % denně. |                      | Jméno, příjmení, funkce            |
| Objednávku přijímám a souhlasím s podmínkami  |                      | Razítko:                           |
| podpis a razítko odpovědné osoby dodavatele:  |                      |                                    |