Ústav hematologie a krevní transfuze
U Nemocnice 2094/1, 128 00, Praha 2

Objednávka zboží číslo: 2205314N3

Datum vystavení: **17.5.2022**

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	PRIORIX INJ. STŘÍKAČKA INJ PLQ SOL ISP 1+1STŘ+2J *Katalogové číslo: 85860077019(* *Kód SÚKL: 0057521*					
	ks	VENCLYXTO 100MG TBL FLM 112(4X28) *Katalogové číslo: 219166* *Kód SÚKL: 0219166*					
	ks	ZAVICEFTA 2G/0,5G INF PLV CSL 10 *Katalogové číslo: 3353183* *Kód SÚKL: 0209414*					
Celkem:				**527 746.92**		**52 774.70**	**580 521.62**

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.