

Objednávka zboží číslo: 2206712N3

Datum vystavení: 17.6.2022

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		BOSULIF 500MG TBL FLM 28 <i>Katalogové číslo: 2842699 Kód SÚKL: 0194014</i>					
ks		FRAXIPARINE 9500IU/ML INJ SOL ISP 10X0,6ML <i>Katalogové číslo: 4608932 Kód SÚKL: 0258278</i>					
ks		MAXITROL OPH GTT SUS 1X5ML <i>Katalogové číslo: 3508802 Kód SÚKL: 0225168</i>					
ks		CLARINASE REPETABS 5MG/120MG TBL PRO 14 <i>Katalogové číslo: 3149680 Kód SÚKL: 0216104</i>					
ks		CLARINASE REPETABS 5MG/120MG TBL PRO 7 <i>Katalogové číslo: 3149615 Kód SÚKL: 0216102</i>					
Celkem:				308 457,68		30 845,78	339 303,46

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, termín splatnosti 30 dnů.