

Objednávka zboží číslo: 2209750N3Datum vystavení: **30.8.2022****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		VORICONAZOLE OLIKLA 200MG INF PLV CSL 1 <i>Katalogové číslo: 3841427 Kód SÚKL: 0220626</i>					
ks		LIDOCAINE EGIS 10% DRM SPR SOL 1X38G <i>Katalogové číslo: 2943141 Kód SÚKL: 0203092</i>					
ks		ARUFIL 20MG/ML OPH GTT SOL 3X10ML I <i>Katalogové číslo: 3972198 Kód SÚKL: 0249211</i>					
ks		ERDOMED 300MG CPS DUR 10 <i>Katalogové číslo: 85940441401 Kód SÚKL: 0092757</i>					
ks		REVLIMID 5MG CPS DUR 21 <i>Katalogové číslo: 85941582310 Kód SÚKL: 0028936</i>					
ks		CRESEMBA 100MG CPS DUR 14 <i>Katalogové číslo: 3252260 Kód SÚKL: 0211000</i>					
ks		VORIKONAZOL ACCORDPHARMA 200MG INF PLV SOL 1 <i>Katalogové číslo: 3915999 Kód SÚKL: 0247338</i>					
Celkem:				153 536,08		15 353,62	168 889,70

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.