

Objednávka zboží číslo: 2212926N3

Datum vystavení: 7.11.2022

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		XOSPATA 40MG TBL FLM 84 <i>Katalogové číslo: 3889046 Kód SÚKL: 0238673</i>					
ks		MYCAMINE 100MG INF PLV SOL 1 <i>Katalogové číslo: 85940520508; Kód SÚKL: 0500720</i>					
ks		HEPARIN LÉČIVA 5000IU/ML INJ SOL 1X10ML <i>Katalogové číslo: 85947390261; Kód SÚKL: 0093746</i>					
ks		VALACICLOVIR MYLAN 500MG TBL FLM 42 <i>Katalogové číslo: 3680353 Kód SÚKL: 0234661</i>					
ks		LEVOFLOXACIN KABI 5MG/ML INF SOL 10X100ML <i>Katalogové číslo: 2849306 Kód SÚKL: 0195072</i>					
ks		ARDEAELYTOSOL CONC. KALIUMCHLORID 7,45% <i>Katalogové číslo: 3360709 Kód SÚKL: 0173316</i>	74,5MG/ML	INF CNC SOL 10X200ML			
Celkem:				710 193,16		71 019,31	781 212,47

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.