

Objednávka zboží číslo: 2212343N3Datum vystavení: **24.10.2022****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		MAALOX 35MG/ML+40MG/ML POR SUS 1X250ML <i>Katalogové číslo: 4594272 Kód SÚKL: 0254349</i>					
ks		SORBIFER DURULES 320MG/60MG TBL RET 60 <i>Katalogové číslo: 2181486 Kód SÚKL: 0119653</i>					
ks		MIRTAZAPIN SANDOZ 15MG TBL FLM 30 <i>Katalogové číslo: 40308553835 Kód SÚKL: 0107639</i>					
ks		XOSPATA 40MG TBL FLM 84 <i>Katalogové číslo: 3889046 Kód SÚKL: 0238673</i>					
ks		TEZEO HCT 80MG/12,5MG TBL NOB 28 <i>Katalogové číslo: 2885169 Kód SÚKL: 0189684</i>					
ks		NEURONTIN 100MG CPS DUR 100 <i>Katalogové číslo: 4692456 Kód SÚKL: 0084398</i>					
ks		TEZEO HCT 80MG/12,5MG TBL NOB 90 <i>Katalogové číslo: 2885151 Kód SÚKL: 0189688</i>					
Celkem:				870 681,52		87 068,15	957 749,67

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.