

Objednávka zboží číslo: 2307859S1

Datum vystavení: 22.11.2023

OBJEDNAVATEL:IČ: 00023736
DIČ: CZ00023736
Banka: ČNB
Číslo účtu: 31438021/0710
Jsme plátcí DPH.**DODAVATEL:**

Siemens Healthcare, s.r.o.

Budějovická 779/3b
140 00 Praha - Michle
IČ: 04179960
DIČ: CZ04179960

Vyřizuje:	Telefon:	Mobil:	E-mail:	Útvar:	Zakázka č:	Měna:
						1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		Coagulation Factor XI Deficient Plasma (3 x1ml) <i>Katalogové číslo: 10446316</i>		Coagulation Factor XI Deficient Plasma (3 x1ml)			
ks		Coagulation Factor XII Deficient Plasma (3 x 1 ml) <i>Katalogové číslo: 10446318</i>		Coagulation Factor XII Deficient Plasma (3 x 1 ml)			
ks		Kontroll Plasma N (10x1ml) <i>Katalogové číslo: 10446234</i>		Kontroll Plasma N (10x1ml)			
ks		Kontroll Plasma P (10x1ml) <i>Katalogové číslo: 10446471</i>		Kontroll Plasma P (10x1ml)			
bal		Standard Human Plasma (10 x 1ml) <i>Katalogové číslo: 10446238</i>		Standard Human Plasma (10 x 1ml)			
Celkem:				55 488,42		11 652,56	67 140,98

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.