

**Dodavatelská objednávka****Číslo obj.:  
OZL/LEK/24/05839****Odběratel:**  
**Krajská nemocnice T. Bati, a. s.**  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín**Dodavatel:**  
**PHOENIX lékárenský velkoobchod, s.r.o.**  
K pérovně 945/7  
102 00 Praha

IČ: 27661989 DIČ: CZ27661989

IČ: 45359326 DIČ: CZ45359326

Objednává: Oddělení ústavní lékárny  
Číslo smluv:**Dodací adresa: Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Havlíčkovo nábřeží 600 762 75 Zlín**Datum vystavení: 22.2.2024  
Termín dodání:**Objednávané položky:**

<b>Kód</b>	<b>Název materiálu</b>	<b>Katalog č.</b>	<b>Celkem bez DPH</b>	<b>Celkem s DPH</b>
0165650	FLUTIFORM 250 MIKROGRAMŮ/10 MIKROGRAMŮ V JEDNÉ DÁVCE INH SUS			
<b>Celkem Kč</b>			<b>13 195,05</b>	<b>14 778,46</b>

**Dodavatel souhlasí s obchodními podmínkami objednatele, které jsou dostupné na webových stránkách objednatele.**