

**Objednávka zboží číslo: 2400543L3**

Datum vystavení: 29.2.2024

**OBJEDNAVATEL:**IČ: 00023736  
DIČ: CZ00023736  
Banka: ČNB  
Číslo účtu: 31438021/0710  
Jsme plátcí DPH.**DODAVATEL:**Fresenius Kabi s.r.o.  
Na strži 1702/65  
140 00 Praha - Nusle  
IČ: 25135228  
DIČ: CZ25135228Vyřizuje: Telefon: Mobil: E-mail: Útvar: **Zakázka č:** Měna: 1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		LEVOFLOXACIN KABI 5MG/ML INF SOL 10X100ML <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0195072</i>					
bal		SMOFKABIVEN INF EML 4X1970ML II <i>Katalogové číslo: 831903340 Kód SÚKL: 0151112</i>					
ks		SOLUVIT N INF PLV SOL 10 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0094852</i>					
ks		VITALIPID N ADULT INF CNC EML 10X10ML <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0042595</i>					
<b>Celkem:</b>				<b>64 372,59</b>		<b>7 724,71</b>	<b>72 097,30</b>

**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.