

Objednávka zboží číslo: 2401203L3

Datum vystavení: 17.5.2024

OBJEDNAVATEL:IČ: 00023736
DIČ: CZ00023736
Banka: ČNB
Číslo účtu: 31438021/0710
Jsme plátcí DPH.**DODAVATEL:**PHARMOS, a.s. Brandýsek
Slánská 79/79
27341 Brandýsek
IČ: 19010290
DIČ: CZ19010290Vyřizuje: Telefon: Mobil: E-mail: Útvar: **Zakázka č:** Měna: 1 /

| Mn. | MJ | Název zboží | Jednotková cena | Cena základ | DPH [%] | DPH celkem | Cena celkem |
|----------------|----|---|-----------------|---------------------|---------|-------------------|---------------------|
| ks | | ALPROLIX 1000IU INJ PSO LQF 1+1X5ML ISP <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0209337</i> | | | | | |
| ks | | ALPROLIX 3000IU INJ PSO LQF 1+1X5ML ISP <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0209339</i> | | | | | |
| ks | | PREVENAR 13 INJ SUS 1X0,5ML+1SJ <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0149868</i> | | | | | |
| ks | | FURORESE 125MG TBL NOB 30 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0056807</i> | | | | | |
| Celkem: | | | | 4 066 192,01 | | 487 943,04 | 4 554 135,05 |

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 od data obdržení faktury.