

Objednávka zboží číslo: 2500719V2

Datum vystavení: 14.5.2025

OBJEDNAVATEL:IČ: 00023736
DIČ: CZ00023736
Banka: ČNB
Číslo účtu: 31438021/0710
Jsme plátcí DPH.**DODAVATEL:****PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.**Juárezova 1071/17
160 00 Praha - Bubeneč
IČ: 25099019
DIČ: CZ25099019

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

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		DITHIADEN 2MG TBL NOB 20 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0002479</i>					
ks		LONQUEX 6MG INJ SOL ISP 1X0,6ML I <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0194294</i>					
ks		MYCOMAX 100MG CPS DUR 28 I <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0066036</i>					
Celkem:				77 624,73		9 314,97	86 939,70

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.