

Dodavatelská objednávka**Číslo obj.:**
OZL/LEK/25/23145

Odběratel:

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.

Havlíčkovo nábřeží 600

762 75 Zlín

IČ: 27661989

DIČ: CZ27661989

Dodavatel:

PHOENIX lékárenský velkoobchod, s.r.o.

K pérovně 945/7

102 00 Praha

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:

25.7.2025

Termín dodání:

Objednávané položky:

Kód	Název materiálu	Katalog č.	Celkem bez DPH	Celkem s DPH
0030805	REMOOD 20 MG POR TBL FLM 30X20MG			
0165649	FLUTIFORM 125MCG/5MCG/DÁV INH SUS PSS 1			
Celkem Kč			527,91	591,26

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