P O T V R Z E N Í  O B J E D N Á V K Y

**DODAVATEL:**

**PROMEDICA PRAHA GROUP,a.s.**

Novodvorská 136
142 00 Praha 4
IČO: 25099019
DIČ: CZ25099019

**ODBĚRATEL:**

0018 **Fakultní nemocnice v Motole /výdej pro veřejnost/**

**Výdej pro veřejnost II - modrá budova**
V úvalu 84/1
150 00 Praha 5
IČO: 00064203.
DIČ: CZ00064203

***Věc: Potvrzení objednávky***

Tímto potvrzujeme Vaši objednávku č. 0204531 ze dne 04.11.2025 v rozsahu plném.

Datum akceptace: 04.11.2025

Dodavatel souhlasí se zveřejněním objednávky včetně této akceptace podle zákona č. 340/2015 Sb., o registru smluv, ve znění pozdějších předpisů.

**Specifikace objednávky**

| Kód | Název | Počet |
|---|---|---|
| 0014439 | FOKUSIN 0,4MG CPS DUR MRL 30 | 10bal |
| 0029716 | MYFENAX 500MG POR TBL FLM 50X500MG | 100bal |

**Cena celkem bez DPH** **55 323,30 CZK**