

Objednávka zboží číslo: 2501897V2

Datum vystavení: 1.12.2025

OBJEDNAVATEL:

IČ: 00023736

DIČ: CZ00023736

Banka: ČNB

Číslo účtu: 31438021/0710

Jsme plátcí DPH.

DODAVATEL:

Alliance Healthcare s.r.o.

Podle Trati č.p. 624/7

108 00 Praha

IČ: 14707420

DIČ: CZ14707420

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

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		Hylo Care 10 ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		THROMBOREDUCTIN 0,5MG CPS DUR 100 <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		PURI-NETHOL 50MG TBL NOB 25 <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CRESEMBA 100MG CPS DUR 14 <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		PELGRAZ 6MG INJ SOL ISP 1X0,6ML ISP <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		VALACICLOVIR VIATRIS 500MG TBL FLM 42 <i>Katalogové číslo:</i>					
Celkem:				248 676,45		29 841,17	278 517,62

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.