

**Dodavatel****BAXALTA CZECH SPOL.  
S.R.O.**Karla Engliše 3201/6  
150 00 PRAHA 5

DIČ: CZ03866696 IČ 03866696

**Odběratel**FN Motol  
Nemocniční lékárna  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5  
IČ 00064203**Věc: Potvrzení objednávky**

Tímto potvrzujeme Vaši objednávku č. **2017-93-00065** ze dne **5/9/2017**  
v rozsahu **plném.**

Datum akceptace: **5/9/2017**

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

Jméno a podpis

Specifikace částečně vyplněné objednávky