

Objednávka zboží číslo: 170705/03

Datum vystavení: 14.9.2017

OBJEDNAVATEL:

IČ: 00023736

DIČ: CZ00023736

Banka: ČNB

Číslo účtu: 31438021/0710

Jsme plátcí DPH.

DODAVATEL:

Všeobecná fakultní nemocnice

Ke Karlovu 2

12808 Praha 2

IČ:

DIČ:

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

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		EXJADE 500 MG por tbl sus 28x500mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		Revolade 25mg tbl bal./28tbl <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		REVOLADE 50mg POR TBL 28x50mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		IMATINIB SANDOZ 400mg TBL FILM 30 <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		IMATINIB SANDOZ 100mg TBL FILM 60 <i>Katalogové číslo:</i>					
Celkem:				0.00		0.00	0.00

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.