

**Objednávka zboží číslo: 2600809L3**

Datum vystavení: 30.3.2026

**OBJEDNAVATEL:**IČ: 00023736  
DIČ: CZ00023736  
Banka: ČNB  
Číslo účtu: 31438021/0710  
Jsme plátcí DPH.**DODAVATEL:****Komtur Pharmaceuticals Czech s.r.o.**Za Poříčskou bránou 365/21  
186 00 Praha 8  
IČ: 24278009  
DIČ: CZ24278009

---

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

---

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		VORAXAZE 1000U INJ PLV SOL 1 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0255437</i>					
<b>Celkem:</b>				<b>570 000,00</b>		<b>68 400,00</b>	<b>638 400,00</b>

---

**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.