

Objednávka zboží číslo: 2601368L3

Datum vystavení: 4.6.2026

OBJEDNAVATEL:IČ: 00023736
DIČ: CZ00023736
Banka: ČNB
Číslo účtu: 31438021/0710
Jsme plátcí DPH.**DODAVATEL:****PHARMOS, a.s. Brandýsek**Slánská 79/79
27341 Brandýsek
IČ: 19010290
DIČ: CZ19010290Vyřizuje: Telefon: Mobil: E-mail: Útvar: **Zakázka č:** Měna: 1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		DOPTELET 20MG TBL FLM 30 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0250357</i>					
ks		GRAFALON 20MG/ML INF CNC SOL 1X5ML <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0185667</i>					
ks		MEDROL 4MG TBL NOB 30 II <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0207527</i>					
ks		NOVALGIN 500MG/ML INJ SOL 10X2ML <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0254042</i>					
ks		PRESTARIUM NEO COMBI 10MG/2,5MG TBL FLM 30 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0162008</i>					
ks		NEURONTIN 100MG CPS DUR 100 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0260374</i>					
ks		VANCOMYCIN APTAPHARMA 500MG INF PLV CSL 10 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0247004</i>					
ks		ZOLPIDEM VIATRIS 10MG TBL FLM 50 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0279425</i>					
ks		PLAQUENIL 200MG TBL FLM 60 <i>Katalogové číslo: Kód SÚKL: 0054424</i>					
Celkem:				887 837,09		106 540,46	994 377,55

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.