

**Dodavatel****SHIRE CZECH 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. **2017-93-00104** ze dne **20/10/2017**  
v rozsahu **plném.**

Datum akceptace: **20/10/2017**

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