

Objednávka zboží číslo: 180233/03

Datum vystavení: 27.3.2018

OBJEDNAVATEL:

IČ: 00023736

DIČ: CZ00023736

Banka: ČNB

Číslo účtu: 31438021/0710

Jsme plátcí DPH.

DODAVATEL:

KaN 7, s.r.o.

Karlovo náměstí 325/7

120 00 Praha - Nové Město

IČ: 25936115

DIČ: CZ25936115

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

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		ABELCET inf cnc sol 10x20ml/100mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		BISEPTOL 480 inj 10x5ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CANCIDAS 50 MG inf plv csl 1x50mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CANCIDAS 70 MG inf plv csl 1x70mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CYMEVENE inf plv sol 1x500mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		HERPESIN 250 inf plv sol 10x250mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		HERPESIN 400 por tbl nob 25x400mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		MABTHERA 100 MG inf cnc sol 2x10ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		MABTHERA 500 MG inf cnc sol 1x50ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		SANDIMMUN inf cnc sol 10x5ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		UROMITEXAN 400MG inj sol 15x4ml/400mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		TAMIFLU 75 MG por cps dur 10x75mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CLEXANE inj sol 10x0.4ml/4ku <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		FRAXIPARINE inj sol 10x0.4ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		CELLCEPT 500 mg INF PLV SOL 4X500mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		TYGACIL 50 MG inf plv sol 10x50mg/5ml <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		MYCAMINE 100 MG inf plv sol 1x100mg <i>Katalogové číslo:</i>					
ks		COLOMYCIN INJEKCE 1000000 IU inj plv sol 10x1mu <i>Katalogové číslo:</i>					

ks	NPLATE 250 MCG inj plv sol 1x250mcg <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	MERONEM inj plv sol 10x1gm <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	DALACIN C 300 MG por cps dur 16x300mg <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	ZARZIO 48 MU/0,5 ML inj+inf sol 5x0.5ml <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	CICLOSPORIN MYLAN 25 MG por cps mol 50x25mg <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	BINOCRIT 40000 IU/1,0ML sdr+ivn inj sol 1x1.0ml <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	PROGRAF 0,5 MG por cps dur 30x0.5mg <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	VFEND 200 MG inf pso lqf 1x200mg <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	PROPOFOL 2% MCT/LCT FRESENIUS inj eml 10x50ml <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	FRAXIPARINE inj sol 10x0.3ml <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	PARACETAMOL KABI 10 MG/ML inf sol 10x100ml/1000mg <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	ICLUSIG 15 MG. tbl. <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	FRAXIPARINE inj sol 10x1ml <i>Katalogové číslo:</i>			
ks	CIFLOXINAL 500 MG por tbl flm 10x500mg <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.