

## OBJEDNÁVKA

Odběratel : Fakultní nemocnice Brno pracoviště Nemocniční lékárna	Objednávka číslo : <b>2181710980</b>
Adresa : Jihlavská 20	Datum objednávky : 15.06.18
PSČ : 625 00 Brno	Dodavatel č. 1086
Telefon : 5 3223 2151	Měna
Fax : 532233687	Strana 1
email : [REDACTED]	
Banka : Česká národní banka	
Účet : 71234621/0710	
IČO : 65269705	<b>DODAVATEL</b> IČO
DIČ : CZ65269705	<b>Alliance Healthcare s.r.o.</b> 14707420
	Podle trati 624/7
	108 00Praha

FN Brno je státní příspěvková organizace zřízená rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví. Nemá zákonnou povinnost zápisu do obchodního rejstříku, je zapsána do živnostenského rejstříku vedeného Živnostenským úřadem města Brna.

Dodací lhůta žádaná:

Dodací lhůta potvrzená:

Důležitost: NEMOCNICE

Použití:

Žádaný způsob dopravy:

Ostatní údaje:

Dodavatelské číslo zboží	Text	Jedn	Množstv
	ACEFA 1 G	INJ+INF PLV SOL 1X1GM	KS 100
	AGEN 5	POR TBL NOB 30X5MG	KS 20
	AMPICILIN 0,5 BIOTIKA	0,5G INJ PLV SOL 10	KS 10
	ANALGIN	INJ SOL 5X5ML	KS 50
	AUGMENTIN 1 G	POR TBL FLM 14 II	KS 180
	AUGMENTIN 1 G	POR TBL FLM 14 II	KS 90
	BISEPTOL 480	INJ 10X5ML	KS 39
	BISEPTOL 480	INJ 10X5ML	KS 41
	CHLORPROTHIXEN 15 LECIVA	tbl obd 30x15mg	KS 5
	DIPHERELINE S.R. 3 MG	INJ PSULQF1X3MG+SOL	KS 5
	DORSIFLEX	tbl 30x200mg	KS 10
	FLOXAL	UNG OPH 1X3GM	KS 20
	GYNIPRAL 10RG/2ML	INJ 5X2ML/10RG	KS 5
	HELICID 20 ZENTIVA	POR CPS ETD 90X20MG	KS 2
	HELICID 20 ZENTIVA	POR CPS ETD 90X20MG	KS 98
	HYDROCORTISON VUAB 100 MG	INJ PLV SOL 1X100MG	KS 240
	HYDROCORTISON VUAB 100 MG	INJ PLV SOL 1X100MG	KS 240
	JOVESTO 0,5 MG/ML PERORÁLNÍ ROZ	POR SOL 1X120ML/60MG	KS 5
	LAMICTAL 25 MG	POR TBL NOB 42X25MG	KS 1
	NEOSYNEPHRIN-POS 10%	OPH GTT SOL 1X10ML	KS 30
	NORETHISTERON ZENTIVA	TBL NOB 45X5MG	KS 3
	PENICILIN G 5,0 DRASELNÁ SOĽ BIOTI	500000IU INJ PLV SOL 10	KS 7
	PEVARYL	DRM CRM 1X30GM 1%	KS 5
	QUAMATEL	inj sic 5x20mg+solv	KS 3
	QUAMATEL	inj sic 5x20mg+solv	KS 29
	QUAMATEL	inj sic 5x20mg+solv	KS 8
	QUETIAPINE ACCORD	300MG TBL PRO 100	KS 1
	RHESONATIV 625 IU/ML	INJ SOL 1X2ML	KS 10
	SOLU-MEDROL	inj sic 1x250mg+4ml	KS 100
	TARDYFERON	TBL RET 30	KS 10
	UTROGESTAN	cps 30x100mg	KS 5
	VANCOMYCIN MYLAN 500 MG	INF PLV SOL 1X500MG	KS 134
	VANCOMYCIN MYLAN 500 MG	INF PLV SOL 1X500MG	KS 134
	VANCOMYCIN MYLAN 500 MG	INF PLV SOL 1X500MG	KS 52

BRIDION 100 MG/ML	INJ SOL 10X2ML/200MG	KS	2
CYCLO 3 FORT	150MG/150MG/100MG CPS D	KS	1
INFADOLAN	DRM UNG 1X30GM	KS	4
LAGOSA	DRG 100X150MG	KS	1
UNITROPIC 1%	OPH GTT SOL 1X10ML	KS	20

**Na základě Zákona č. 340/2015 žádáme obratem o zaslání akceptace objednávky a uvedení předpokládané ceny bez DPH a termínu dodání.**

**Na kopii této objednávky vyjádřete podpisem a razítkem souhlas s jejím obsahem a s fakturou nám ji zašlete popř. proveďte potvrzení objednávky emailem nebo faxem. V případě uvedení jiné splatnosti na faktuře, než té, která byla sjednána, Vám bude faktura vrácena.**

**Pokud bude dodavatel zapsán jako nespolehlivý plátcé daně, postupuje FN Brno v souladu s ust. § 109a z. č. 235/2004 Sb.**

**Žádáme Vás prosím o psaní sazeb DPH v rádcích dodacích listů**

Žádáme Vás o striktní dodržování zákona 635/1992 Sb. o ochraně spotřebitele, 378/2007 Sb. o léčivech, NV 296/2000 a Občanského zákoníku - jedná se především o český popis a český příbalový leták.

Dovolujeme si Vás tímto požádat o opravu adresy ve Vaší databázi. Od 1.8.2004 jsme se stali plátcí DPH. Na fakturách uvádějte prosím naše **DIČ: CZ65269705**.

Prosíme, zasílejte fakturu současně s dodávkou zboží. Požadujeme dodání zboží v době od 8:00h do 14:30h.


Žádáme Vás o bezpodmínečné uvádění šarží na dodacích listech, nebo faktuře.

**Vzhledem k povaze závazku se sjednává lhůta splatnosti faktur 60 dnů.**

Postoupení pohledávky z tohoto závazkového vztahu je možné pouze se souhlasem FN Brno.

Žádáme Vás při posílání balíků o přesnou specifikaci místa doručení.

Vyřizuje:

NL (Nemocniční lékárna) 532233806	 vedoucí lékárny Příkazce operace
--------------------------------------	---