

Objednávka zboží číslo: 180315/04Datum vystavení: **20.8.2018****OBJEDNAVATEL:****IČ:** 00023736**DIČ:** CZ00023736**Banka:** ČNB**Číslo účtu:** 31438021/0710

Jsme plátcí DPH.

DODAVATEL:

Teleflex Medical s.r.o.

Pražská třída 209/182

500 04 Hradec Králové - Plačice

IČ: 28849809

DIČ: CZ28849809

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

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
ks		Arrow-Arterial catheterization set 20Ga x 5cm bal/10ks <i>Katalogové číslo: SAC -00520</i>					
ks		Arrow 3-cestná g+ard Blue PLUS bal/10ks <i>Katalogové číslo: CV-45703</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.