

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Dodací list č. DL-76588/2018</b>                       | <b>Ext.Obj.:</b>                        | <b>Strana číslo : 1</b>                        | <b>Vystavil(a):Kubínová Simona</b>           |
| <b>Faktura FV-42794/2018</b>                              | <b>Obj.:</b> OP-25568/2018              | <b>8023830</b>                                 | <b>Datum:</b> 19.10.201 10:38                |
| <b>Dodavatel: PROMEDICA PRAHA</b>                         | <b>Novodvorská 136, 142 00 Praha 4</b>  | <b>Odbyt tel: 221 595 151 fax: 224 257 838</b> |  |
| <b>Odběratel: Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková</b> | <b>Adresa dodání: Lékárenské sklady</b> | <b>Provozovna: Provozovna 1</b>                |  |
| <b>EI. Krásnohorské 321</b>                               | <b>EI. Krásnohorské 321</b>             | <b>Osoba:</b>                                  |  |
| <b>738 01 Frýdek-Místek</b>                               | <b>73802 Frýdek-Místek</b>              |  |  |
| <b>ČR</b>   | <b>mackova@nemfm.cz / SZM</b>           |  |  |
| <b>KOD akvizitní</b>                                      | <b>KOD stavů</b>                        | <b>KOD SUKL</b>                                | <b>Název zboží / text</b>                    |
| <b>8023830, centrální skl.evid.</b>                       | <b>Léky/001L Ustavní lékárna</b>        | <b>0193696</b>                                 | <b>EYLEA 40MG/ML IVI INJ SOL 1x100UJ/4MG</b> |
| <b>193696</b>   |   |  | <b>20 ks</b>                                 |

Náklad nepřesahuje omezené limity předepsané v bodě 1.1.3.6. ADR.  
Přeprava a skladování v teplotním režimu 5 - 25 st.C , suchý a čistý prostor bez rizika kontaminace.  
Místo vyskladnění: Promedica sklad Jazlovice, K Arconu 77, 251 01 Říčany.

**Vydal:** Převzal zboží včetně faktury:

|   |           |
|---|-----------|
| <b>TERMOLABILNÍ PŘÍPRAVEK</b>   |           |
| uchovávejte při 2-8°C<br>přípravek byl skladován,<br>přepravován<br>a předám odběrateli<br>v teplotním režimu 2-8°C |           |
| VRÁCENO   | NEVRÁCENO |
| BOX   |           |
|   |           |

DATUM A ČAS DORUČENÍ:  
JMÉNO PŘEDÁVAJÍCÍ OSOBY:  
PODPIS PŘEBÍRAJÍCÍ OSOBY:  
RAZÍTKO PRACOVNÍSTĚLÉKÁRNŮV: