

Objednávka č.: **479-82**

Odberateľ

**Specializovaná nemocnica
sv. Svorada Zbor, n. o.
849 84 1111**

DIČ/IČ **Specializovaná nemocnica
sv. Svorada Zbor, n. o.
IČO: 37 971 832**

Vybavuje *Myleková*
tel.: _____ fax: _____
v *Ústí* dňa *17.6.19*

Dodávateľ
HYBRAN

Por. čís.	Názov a druh tovaru	Množstvo	Jedn. množ.	Cena za jednotku	Cena spolu
	<i>VTJCA ml-L</i>	<i>600 ks</i>			

Ponuka zo dňa _____
Číslo _____
Dodacia lehota *20.6.19*
Spôsob platby _____
Spôsob dopravy _____
Stanica určenia _____
Miesto určenia _____

Peňažný ústav odberateľa _____
Číslo účtu _____
**Specializovaná nemocnica
sv. Svorada Zbor, n. o.
849 84 1111**
Pečiatka a podpis objednávateľa

Svojim podpisom dávam súhlas so spracovaním mojich osobných údajov pre obchodné účely.
+ K IGAZ 150