

Видаткова накладна № ГР-РН-0089104 від 30.11.21

Постачальник : КП ХОР "Обласний аптечний склад"

Код ЄДРПОУ: 22654831

Юр. Адреса: вул. Орешкова, 21, смт. Васищево, Харківський р-н, Харківська обл., 62495

Поштова адреса: вул. Громадянська, 25, м. Харків, 61057

Р/р: UA5380805000000026005431047 АТ "РАЙФФАЙЗЕН БАНК", м. Київ

МФО: 380805

Договір № 23/6-2021 від 30.11.21

Ліцензія : АЕ-192890

Дата ліцензії : 21 травня 2013р

Місце складання: м. Харків

Отримувач : КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №13" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

Код ЄДРПОУ: 02003770

Адреса: 61124, м. Харків, пр-т. Гагаріна, 137

Р/р: UA7735153300000260000052155052 КБ "ПРИВАТБАНК"

Через кого: Штук Ю.Л. по довіреності 173 від 30.11.21

Платник: КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №13" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

Р/р платника: UA7735153300000260000052155052 КБ "ПРИВАТБАНК"

Ліцензія, дата ліцензії: з 27.09.2018р. по 27.09.2023р.

Склад : Склад №4 КП ХОР

Для кого:

№	Строк реєстр.	Найменування товару	Виробник	Міжнародна непатентована назва	Серія	Термін. пр.	К-сть	Од вим	Ціна відп. без ПДВ	ПДВ	Сума відп. без ПДВ	№, дата сертиф.
1	28.04.22	Дипрофол ЕДТА емульсія д/інф. 10 мг/мл по 20 мл №5 в амп.	Фармак	Prorabol	1590921	30.09.23	5	уп	243.65	0.0000	1218.25	040000095771 від 19.10.21
2	01.01.99	Атракуріум-Ново розчин д/ін. 10 мг/мл по 5 мл №5 у флак.	Новофарм-Біосинтез	Atracurium	201121	01.11.23	6	уп	217.80	0.0000	1306.80	554 від 18.11.21

Всього за документом:

Без ПДВ: 2525.05
Без ПДВ 0.00
Всього: 2525.05

Всього найменувань: 2
Кількість одиниць: 11

Попередній вхідний контроль відпущених лікарських засобів. 3 питань сертифікатів якості звертатися у відділ контролю як КП ХОР "Обласний аптечний склад"

Всього на суму: Дві тисячі п'ятсот двадцять п'ять гривень 05 копійок, без ПДВ

Відпустив _____ (підпис) Назаров А.І. (ПІБ)

Замовлення зібрав: _____

Дата отримання: _____

Холодовий ланцюжок не порушено: _____

Вхідний контроль проведено, результат позитивний/негативний, дозволено/не дозволено до реалізації

Візуальний контроль наркотичних та психотропних засобів проведено

ЗАУВАЖЕНЬ (НІМАЄ)

Уповноважена особа: М/С _____

« _____ » _____ 20 _____ р. Підпис _____

Товар прийняв до перевезення (експедитор) _____ (підпис)

Місць: _____ (підпис)

(ПІБ уповноваженої особи)

(дата проведення вхідного контролю)

X1 X11 294
X3 10108