

OBJEDNÁVKA LÉČIVA –Celoroční 2016 okres Nový Jičín

ZO ČSV.....IČO:.....

FORMIDOL DESTIČKY.....balení(1 bal.-2 desky)

GABON PA 921,5mg.....balení(1bal-50proužků)

VARIDOL 125mg/ml.....ks á 5ml(lahvička)

(je na fumigaci i aerosol)

MP -10 FUM.....ks á 5 ml(lahvička)

(pouze na fumigaci)

FUMIGAČNÍ PÁSKY.....balení (1 bal.-50 ks)

Tímto zároveň žádáme o dotaci dle Nařízení vlády č.197/2005 Sb.v platném znění na objednané léčebné přípravky.

V.....dne.....PŘESNÁ ADRESA PŘÍJEMCE
LÉČIVA

Razítko a podpis ZO ČSV

Jméno a příjmení.....

Přesná adresa.....

Tel.email.....

