

Objednávka

Objednávka č. 18/2019/patologie

Číslo smlouvy: 479/2016

Číslo veřejné zakázky: VZ/17/2016

Objednavatel:	Dodavatel:
Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace Nemocniční 898/20A 728 80 Ostrava – Moravská Ostrava DIČ: CZ00635162 IČO: 00635162 Telefonní číslo: 596191111 Číslo faxu: 596618781 Banka: ČSOB, a.s. Ostrava Číslo účtu: XXXXXXXXXX Registrace č.j. MSK/43410/2017 v platném znění	ROCHE s.r.o. Futurama Business Park Budova F Sokolská 685/136f 186 00 Praha 8 IČO: 49617052 DIČ: CZ49617052
Datum dodání: Způsob dodávky: Platnost:	

Objednáváme níže uvedené reagenty:

Kat. číslo	Produkt	Cena balení Kč	Počet balení
05276357	Prep Kit 7 (250),BMK	520,00	1X
5279771	EZ PREP Solution (10x)	5 512,50	2X
05247829	Label, Blank, Flap, 540 Roll	793,80	1X
05424534	Ultra LCS (Liquid Coverslip)	1 359,75	10X
05353955	Reaction Buffer Concent. (10X)	819,53	3X
05424569	Ultra CC1 (Cell Cond. Sol.)	6 162,98	1X
05277965	Hematoxylin II	655,62	2X
05266769	BLUING REAGENT	655,62	2X
05269806	ultraView Univer. DAB Det. Kit	12 936,00	2X

Ceny jsou uvedeny bez DPH.

Fakturu, zasílejte odděleně od zboží na adresu:

████████████████████
████████████████████@mnof.cz

Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace
Oddělení finanční
Nemocniční 898/20A
728 80 Ostrava – Moravská Ostrava

Objednatel je povinen, dle zákona č. 340/2015 Sb., zveřejnit v registru smluv objednávky a jejich akceptace, s hodnotou plnění přesahující 50.000 Kč bez DPH. Pro splnění této povinnosti objednatel požaduje písemné potvrzení objednávky plnění nad tuto částku.

Za tímto účelem je dodavatel povinen přijetí objednávky bez odkladu písemně potvrdit, jinak nelze objednané plnění přijmout. Dodavatel tím současně potvrdí souhlas se zveřejněním objednávky s akceptací, i to, že neobsahují údaje, jejichž uveřejněním by došlo k neoprávněnému zásahu do práv dodavatele, jeho zástupců či zaměstnanců, ve smyslu uvedeného zákona.

Tato objednávka má platnost 14 dnů ode dne vystavení. Žádáme o vystavení faktury dle našich požadavků, jinak fakturu vracíme zpět. Na faktuře musí být uveden zápis obchodního rejstříku nebo číslo jednacích a evidenčních u živnostenského listu, popř. kopie živnostenského listu. Splatnost faktury požadujeme minimálně 30 dní.

Vystavil:

████████████████████
**vedoucí zdravotní laborantka
Patologie**

Schválil:

████████████████████
**primářka
Patologie**

Tel.: ██████████
████████████████████@mnof.cz

tel.: ██████████
████████████████████@mnof.cz

Datum: 18. 2. 2019