

# Objednávka OV/19/01/3018

Datum vystavení...: 19.9.2019  
Termín dodání .....  
Interní číslo .....: No116979 (Jednorázová)

<b>OBJEDNATEL:</b> Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě Partyzánské nám. stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava I .....: 71009396 DI : CZ71009396
<b>Fakturu zašlete na adresu:</b> Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě Partyzánské nám. stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava
<b>Zboží dodejte na adresu:</b> Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě Partyzánské nám. stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava
<b>Kontaktní osoba:</b> [REDAKCE]

<b>GeneProof a.s.</b> <b>Viniční 235</b> <b>61500 Brno 15</b>
---

**DODAVATEL:**  
GeneProof a.s.  
Videňská 101/119  
61900 Brno 19  
I .....: 26981947  
DI .....: CZ26981947  
Tel.....:  
Fax.....:  
E-mail : [REDAKCE]

Na fakturu uveďte vždy naše číslo objednávky

Objednáváme u Vás položky dle níže uvedené specifikace

Katalogové číslo	Popis	Term.dodání	Množství MJ	NS/Lok	Cena [CZK]	DPH
1	CMV/ISEX/100 GeneProof Cytomegalovirus /CMV/ PCR Kit-ISEX		2,00 bal	OV010500/51	45 000,00	21%
2	EBV/ISEX/100 GeneProof Epstein-Barr virus (EBV) PCR Kit (100 rcí)		1,00 bal	OV010500/51	22 500,00	21%
3	HSV/ISEX/100 GeneProof Herpes Simplex virus (HSV1/2) PCR Kit (100 rcí)		2,00 bal	OV010500/51	45 000,00	21%
4	VZV/ISEX/100 GeneProof Varicella-Zoster (VZV) PCR Kit (100 rcí)		3,00 bal	OV010500/51	67 500,00	21%
<b>Cena celkem (bez DPH)</b>					<b>180 000,00</b>	

Akceptací této objednávky uděluje dodavatel souhlas s uvedením dle zákona č. 340/2015 Sb.  
Písemné potvrzení objednávky zašlete zpravidla prostřednictvím elektronické adresy na e-mail, ze kterého byla objednávka odeslána.

Žadatel.....: [REDAKCE] V ceně schválil.....: [REDAKCE] Finančně schválil.: [REDAKCE] Vystavil(a).....: [REDAKCE] Telefon.....: [REDAKCE]	NS/Lok.....: OV010500/51  číslo dokumentu: OV/19/01/3018-1	Strana...: 1 / 1
---	--	------------------