

**Královéhradecký Kraj, Pivovarské náměstí 1245, 500 03 Hradec Králové**  
tel.:495 817 111, email:posta@kr-kralovehradecky.cz, www.kr-kralovehradecky.cz

Na faktuře uveďte vždy číslo této objednávky:

**DO2020/00594**

Objednatel:

**Královéhradecký kraj**

Fakturu zašlete na:

**Královéhradecký kraj,  
Pivovarské náměstí 1245,  
500 03 Hradec Králové**

IČO: **70889546**

DIČ: **CZ70889546**

Číslo účtu: /

Dodavatel:

**MEDILAB ČR s.r.o.**

IČO: **25944991**

DIČ: **CZ25944991**

Adresa: **Rohenice 7**

**Rohenice**

**51771**

**Objednáváme u Vás:**

roušky, LH Gel, LH Sinersan,

Předmět dodávky	Množství	Předpokládaná cena
<b>Celková částka včetně DPH nepřesáhne</b>		<b>851 114,00 Kč</b>

Objednávku vystavil:

dne: **18.03.2020**

Termín dodání:

31.12.2020

Finanční krytí:

NS

SU

AU

ODPA

POL

UZ

ORJ

ORG

Částka v Kč

Osoby finanční kontroly

Datum podpisu

**Prosíme, abyste jedno vyhotovení této objednávky písemně potvrdili a zaslali zpět na adresu objednatele (potvrzují dne, podpis a razítko).**