

# Objednávka OV/23/01/0808

Datum vystavení...: 20.03.2023

Termín dodání .....

Interní číslo .....: No149575 (Jednorázová)

**OBJEDNATEL:**

Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě  
Partyzánské náměstí 2633/7  
Moravská Ostrava  
70200 Ostrava

IČ ...: 71009396  
DIČ : CZ71009396

**Fakturu zašlete na adresu:**

Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě  
Partyzánské náměstí 2633/7  
Moravská Ostrava  
70200 Ostrava

**Zboží dodejte na adresu:**

Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě  
Partyzánské náměstí 2633/7  
Moravská Ostrava  
70200 Ostrava

**TestLine Clinical Diagnostics s.r.o.**

**Křížíkova 188/68**

**61200 Brno**

**DODAVATEL:**

TestLine Clinical Diagnostics s.r.o.

IČ .....: 47913240

DIČ .....: CZ47913240

Křížíkova 188/68

61200 Brno

**Na fakturu uveďte vždy naše číslo objednávky**

Objednáváme u Vás položky dle níže uvedené specifikace

Ř.	Katalogové číslo	Popis	Term.dodání	Množství MJ	NS/Lok	Cena [CZK]	DPH
1	CpAL20	BLOT-LINE Chlamydia pneumoniae IgA		3,00 bal	OV010400/51	12 600,00	21%
2	CpGL20	BLOT-LINE Chlamydia pneumoniae IgG		3,00 bal	OV010400/51	12 600,00	21%
3	CpML20	BLOT-LINE Chlamydia pneumoniae IgM		3,00 bal	OV010400/51	12 600,00	21%
4	CtAL20	BLOT-LINE Chlamydia trachomatis IgA		3,00 bal	OV010400/51	12 600,00	21%
5	CtGL20	BLOT-LINE Chlamydia trachomatis IgG		3,00 bal	OV010400/51	12 600,00	21%
<b>Cena celkem (bez DPH)</b>						<b>63 000,00</b>	

Akceptací této objednávky uděluje dodavatel souhlas s uveřejněním dle zákona č. 340/2015 Sb.

Písemné potvrzení objednávky zašlete zpět prostřednictvím elektronické adresy na e-mail, ze kterého byla objednávka odeslána.

Žadatel.....  
Věcně schválil.....  
Finančně schválil ..  
Vystavil(a).....  
Telefon.....

NS/Lok .....: OV010400/51

Číslo dokumentu: OV/23/01/0808-1

Strana...: 1 / 1