Objednávka OV/23/01/1319

Datum vystavení..: 04.05.2023
Termín dodání .....:
Interní číslo..........: No150625 (Jednorázová)

OBJEDNATEL:
Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě
Partyzánské náměstí 2633/7
Moravská Ostrava
70200 Ostrava
IČ...: 71009396
DIČ : CZ71009396

GeneProof a.s.
Vídeňská 101/119
61900 Brno 19

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

DODAVATEL:

GeneProof a.s.
Vídeňská 101/119
61900 Brno 19

IČ.......: 26981947
DIČ ....: CZ26981947
Tel......:
Fax.....:
[redacted]

Kontaktní osoba:
[redacted]

Na fakturu uveďte vždy naše číslo objednávky

Objednáváme u Vás položky dle níže uvedené specifikace v rámci kompenzace za Mycrobe.

Ř.	Katalogové číslo	Popis	Term.dodání	Množství	MJ	NS/Lok	Cena [CZK]	DPH
1	CMV/ISEX/100	GeneProof Cytomegalovirus (CMV) PCR Kit (100 rcí)		1,00	ks	OV010500/51	21 000,00	21%
2	EBV/ISEX/100	GeneProof Epstein-Barr virus (EBV) PCR Kit (100 rcí)		1,00	bal	OV010500/51	19 500,00	21%
3	HSV/ISEX/100	GeneProof Herpes Simplex virus (HSV1/2) PCR Kit (100 rcí)		1,00	bal	OV010500/51	21 500,00	21%
4	VZV/ISEX/100	GeneProof Varicella-Zoster (VZV) PCR Kit (100 rcí)		1,00	bal	OV010500/51	21 000,00	21%
5	BKV/GP/100	BKV PCR Kit (100 reakcí)		1,00	bal	OV010500/51	20 000,00	21%

Cena celkem (bez DPH) **103 000,00**

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................ [redacted]
Věcně schválil......
Finančně schválil .
Vystavil(a)...........
Telefon................

NS/Lok...............: OV010500/51

Číslo dokumentu: OV/23/01/1319-1