

# Objednávka OV/23/01/1530

Datum vystavení...: 23.05.2023

Termín dodání .....

Interní číslo .....: No151051 (Jednorázová)

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

<b>GeneProof a.s.</b> <b>Vídeňská 101/119</b> <b>61900 Brno 19</b>
--

**DODAVATEL:**

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

IČ .....: 26981947  
DIČ .....: CZ26981947  
Tel.....:  
Fax.....:



**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	BKV/GP/100	BKV PCR Kit (100 reakcí)		1,00 bal	OV010500/51	20 000,00	21%
3	EBV/ISEX/100	GeneProof Epstein-Barr virus (EBV) PCR Kit (100 rcí)		1,00 bal	OV010500/51	19 500,00	21%
<b>Cena celkem (bez DPH)</b>						<b>60 500,00</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.....	[REDAKCE]	NS/Lok .....: OV010500/51  Číslo dokumentu: OV/23/01/1530-1	Strana...: 1 / 1
---	-----------	---	------------------