Objednávka OV/24/01/3863

Datum vystavení..: 01.11.2024
Termín dodání .....:
Interní číslo..........: No164455 (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

Kontaktní osoba:
[redacted]

GeneProof a.s.
Vídeňská 101/119
61900 Brno - Dolní Heršpice

DODAVATEL:

GeneProof a.s.
Vídeňská 101/119
61900 Brno - Dolní Heršpice

IČ.......: 26981947
DIČ ....: CZ26981947
Tel......:
Fax.....:
E-mail : sales@geneproof.com

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	MP/ISEX/100	Mycoplasma pneumoniae PCR Kit (100rcí)		4,00	bal	OV010500/51	80 000,00	21%
2	CHP/ISEX/100	GeneProof Chlamydia pneumoniae PCR kit (100rcí)		3,00	bal	OV010500/51	60 000,00	21%
3	CMV/GP/100	GeneProof Cytomegalovirus (CMV) PCR Kit (100 rcí)		2,00	bal	OV010500/51	42 000,00	21%

Cena celkem (bez DPH) **182 000,00**

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.

Fakturu zašlete na e-mail: fakturace@zuova.cz.

Žadatel.................: [redacted]
Věčně schválil......:
Příkazce operace.:
Vystavil(a)............:
Telefon.................:

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

Číslo dokumentu: OV/24/01/3863-1