

Objednávka OV/17/01/4529

Datum vystavení...: 28.11.2017
Termín dodání
Interní číslo: No098823 (Jednorázová)

OBJEDNATEL: Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě Partyzánské nám. stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava I: 71009396 DI : CZ71009396
Fakturu zašlete na adresu: Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě Partyzánské nám. stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava
Zboží dodejte na adresu: Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě Partyzánské nám. stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava
Kontaktní osoba: [redacted] Tel.....: [redacted] E-mail : [redacted]

TestLine Clinical Diagnostics s.r.o. K ižíkova 188/68 61200 Brno

DODAVATEL:
TestLine Clinical Diagnostics s.r.o.
K ižíkova 188/68
61200 Brno
I: 47913240
DI: CZ47913240
Tel.....: [redacted]
Fax.....:
E-mail : [redacted]

Na fakturu uve te vždy naše číslo objednávky

Objednáváme u Vás položky dle níže uvedené specifikace

Katalogové číslo	Popis	Term.dodání	Množství MJ	NS/Lok
1 CpAL20	BLOT-LINE Chlamydia pneumoniae IgA		10,00 bal	OV010400/51
2 CpGL20	BLOT-LINE Chlamydia pneumoniae IgG		10,00 bal	OV010400/51
3 CpML20	BLOT-LINE Chlamydia pneumoniae IgM		10,00 bal	OV010400/51
4 CtAL20	BLOT-LINE Chlamydia trachomatis IgA		10,00 ks	OV010400/51
5 CtGL20	BLOT-LINE Chlamydia trachomatis IgG		10,00 ks	OV010400/51

RNDr. Petr Hapala
editel

Akceptací této objednávky ud luje dodavatel souhlas s uve ejn ním dle zákona . 340/2015 Sb.
Písemné potvrzení objednávky zašlete zp t prost ednictvím elektronické adresy na e-mail, ze kterého byla objednávka odeslána.

Žadatel.....: [redacted] V cn schválil.....: [redacted] Finan n schválil .: [redacted] Vystavil(a).....: [redacted] Telefon.....: [redacted]	NS/Lok.....: OV010400/51 číslo dokumentu: OV/17/01/4529-1	Strana ..: 1 / 1
--	--	------------------