

# Objednávka OV/18/01/0529

Datum vystavení...: 7.2.2018  
Termín dodání .....  
Interní číslo .....: No100934 (Jednorázová)

<b>OBJEDNATEL:</b> Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě Partyzánské náměstí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava IČO: 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>TestLine Clinical Diagnostics s.r.o.</b>  <b>K Ižíkova 188/68</b>  <b>61200 Brno</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------

**DODAVATEL:**  
TestLine Clinical Diagnostics s.r.o.  
K Ižíkova 188/68  
61200 Brno

IČO: 47913240  
DIČ: CZ47913240  
Tel.: [REDAKCE]  
Fax: [REDAKCE]  
E-mail: [REDAKCE]

Na fakturu uveďte 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		20,00 bal	OV010400/51

RNDr. Petr Hapala  
editel

Akceptací této objednávky uděluje dodavatel souhlas s uvedením dle zákona č. 340/2015 Sb.  
Písemné potvrzení objednávky zašlete zpět prostřednictvím elektronické adresy na e-mail, ze kterého byla objednávka odeslána.

Žadatel.....: [REDAKCE] V ceně schválil.....: [REDAKCE] Finančně schválil.....: [REDAKCE] Vystavil(a).....: [REDAKCE] Telefon.....: [REDAKCE]	NS/Lok.....: OV010400/51  číslo dokumentu: OV/18/01/0529-1	Strana...: 1 / 1
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------