

**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE**  
**NEMOCNIČNÍ LÉKÁRNA**  
V Úvalu 84/12

**Promedica Praha Group a.s.**

IČO : 00064203, DIČ : CZ 00064203  
ODDĚLENÍ LABORATORNÍCH DIAGNOSTIK

NAŠE Č. OBJEDNÁVKY:

DNE

**680/4/18/94 HE**

**3.4.2018**

**9910/61**

**Prosíme objednat:**

<b>CT661628</b>	<b>Cellpack DCL</b>	<b>40x</b>
<b>BT965910</b>	<b>Cellpack DFL</b>	<b>1x</b>
<b>CP066715</b>	<b>Fluorocell WNR</b>	<b>3x</b>
<b>CV377552</b>	<b>Fluorocell WDF</b>	<b>3x</b>
<b>AL337564</b>	<b>Lysercell WDF</b>	<b>1x</b>
<b>BN337547</b>	<b>Fluorocell RET</b>	<b>2x</b>
<b>CD994563</b>	<b>Fluorocell PLT</b>	<b>1x</b>
<b>BU306227</b>	<b>Fluorocell WPC</b>	<b>1x</b>
<b>83401621</b>	<b>Cellclean</b>	<b>6x</b>
<b>75050SX5000</b>	<b>Buffer pH 7,0 RAL</b>	<b>8x</b>
<b>75010SX2500</b>	<b>May Grünwald RAL</b>	<b>3x</b>
<b>75072SX5000</b>	<b>RAL SP Cleaner solution</b>	<b>6x</b>

**Dodavatel**

PROMEDICA PRAHA  
GROUP a.s.  
IČO :25099019

**Odběratel**

FN Motol  
Nemocniční lékárna  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5  
IČ 00064203

**Věc: Potvrzení objednávky**

Tímto potvrzujeme Vaši objednávku č. **680/4/18/94 HE** ze dne **3/4/2019**  
v rozsahu **částečném (specifikace níže)**

Datum akceptace: **3/4/2018**

Dodavatel souhlasí se zveřejněním objednávky včetně této akceptace podle zákona  
č. 340/2015 Sb., o registru smluv, ve znění pozdějších předpisů.

Jméno a podpis

**Specifikace částečně vyplněné objednávky**

nedodáno : 75050Sx2500 Buffer	4 ks
75072Sx5000 SP Cleaning	2 ks