

# Objednávka OV/18/01/2035

Datum vystavení...: 24.5.2018  
Termín dodání .....  
Interní číslo .....: No104064 (Jednorázová)

<b>OBJEDNATEL:</b> Zdravotní ústav se sídlem v Ostrav Partyzánské nám stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava I .....: 71009396 DI : CZ71009396
<b>Fakturu zašlete na adresu:</b> Zdravotní ústav se sídlem v Ostrav Partyzánské nám stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava
<b>Zboží dodejte na adresu:</b> Zdravotní ústav se sídlem v Ostrav Partyzánské nám stí 2633/7 Moravská Ostrava 70200 Ostrava
<b>Kontaktní osoba:</b> [Redacted]

<b>GeneProof a.s.</b> <b>Vini ní 235</b> <b>61500 Brno 15</b>
---

**DODAVATEL:**  
GeneProof a.s.  
Vide ská 101/119  
61900 Brno 19  
I .....: 26981947  
DI .....: CZ26981947  
Tel.....:  
Fax.....:  
E-mail: [Redacted]

Na fakturu uve te vždy naše íslo objednávky

Objednáváme u Vás položky dle níže uvedené specifikace

. Katalogové íslo	Popis	Term.dodání	Množství MJ	NS/Lok
1 BB/ISEX/100	Borrelia burgdorferi PCR Kit (100rcí)		1,00 ks	OV010500/51
2 HSV1/ISEX/100	GeneProof Herpes Simplex virus 1 (HSV1) PCR Kit (100 rcí)		2,00 ks	OV010500/51
3 VZV/ISEX/100	GeneProof Varicella-Zoster (VZV) PCR Kit (100 rcí)		1,00 ks	OV010500/51
4 CMV/ISEX/100	GeneProof Cytomegalovirus (CMV) PCR Kit (100 rcí)		1,00 ks	OV010500/51

— [Redacted] —  
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.....: Finan n schválil .: Vystavil(a).....: Telefon.....:	NS/Lok.....: OV010500/51  íislo dokumentu: OV/18/01/2035-1	Strana...: 1 / 1
--	--	------------------