

## Objednávka

### Objednávka č. 32/2018/patologie

Číslo smlouvy: 479/2016

Číslo veřejné zakázky: VZ/17/2016

<b>Objednavatel:</b>	<b>Dodavatel:</b>
Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace Nemocniční 898/20A 728 80 Ostrava – Moravská Ostrava  DIČ: CZ00635162 IČO: 00635162 Telefonní číslo: 596191111 Číslo faxu: 596618781 Banka: ČSOB, a.s. Ostrava Číslo účtu: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> Registrace č.j. MSK/43410/2017 v platném znění	ROCHE s.r.o. Futurama Business Park Budova F Sokolská 685/136f 186 00 Praha 8  IČO: 49617052 DIČ: CZ49617052
Datum dodání: Způsob dodávky: Platnost:	

### Objednáváme níže uvedené reagenty:

<b>Kat. číslo</b>	<b>Produkt</b>	<b>Cena balení Kč</b>	<b>Počet balení</b>
<b>05247829</b>	Label, Blank, Flap, 540 Roll	<b>793,80</b>	2X
<b>5279771</b>	EZ PREP Solution (10x)	<b>5 512,50</b>	1X
<b>05424534</b>	Ultra LCS (Liquid Coverslip)	<b>1 359,75</b>	6X
<b>05353955</b>	Reaction Buffer Concent. (10X)	<b>819,53</b>	2X
<b>05424569</b>	Ultra CC1 (Cell Cond. Sol.)	<b>6 162,98</b>	2X
<b>05277965</b>	Hematoxylin II	<b>655,62</b>	2X
<b>05266769</b>	BLUING REAGENT	<b>655,62</b>	2X
<b>05269806</b>	ultraView Univer. DAB Det. Kit	<b>12 936,00</b>	2X

Ceny jsou uvedeny bez DPH.

**Fakturu, zasílejte odděleně od zboží na adresu:**

██████████  
██████████@mnof.cz

Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace  
Oddělení finanční  
Nemocniční 898/20A  
728 80 Ostrava – Moravská Ostrava

Objednatel je povinen, dle zákona č. 340/2015 Sb., zveřejnit v registru smluv objednávky a jejich akceptace, s hodnotou plnění přesahující 50.000 Kč bez DPH. Pro splnění této povinnosti objednatel požaduje písemné potvrzení objednávky plnění nad tuto částku.

Za tímto účelem je dodavatel povinen přijetí objednávky bez odkladu písemně potvrdit, jinak nelze objednané plnění přijmout. Dodavatel tím současně potvrdí souhlas se zveřejněním objednávky s akceptací, i to, že neobsahují údaje, jejichž uveřejněním by došlo k neoprávněnému zásahu do práv dodavatele, jeho zástupců či zaměstnanců, ve smyslu uvedeného zákona.

Tato objednávka má platnost 14 dnů ode dne vystavení. Žádáme o vystavení faktury dle našich požadavků, jinak fakturu vracíme zpět. Na faktuře musí být uveden zápis obchodního rejstříku nebo číslo jednacích a evidenčních u živnostenského listu, popř. kopie živnostenského listu. Splatnost faktury požadujeme minimálně 30 dní.

**Vystavil:**

██████████á  
vedoucí zdravotní laborantka  
Patologie

**Schválil:**

████████████████████  
primářka  
Patologie

Tel.: ██████████  
██████████a@mnof.cz

tel.: ██████████  
██████████@mnof.cz

**Datum: 4.10. 2018**