

Úhrada - alokační poplatek **F A K T U R A**

Dodavatel:

Fakultní nemocnice v Motole

Oddělení transplantací a tkáňové banky

V Úvalu 84, 150 06 PRAHA 5, ČESKÁ REPUBLIKA

Telefon: 257 221 256 Fax: 257 221 257 E-mail: z

IČO: 00064203

DIČ: CZ00064203

SPO zřízená MZ ČR č.j. 17266-IV/2012. Plátce DPH

Faktura číslo: 755203

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH:

Den zdanitelného plnění: 28.1.2019

**Centrum kardiovaskulární a
transplantační chirurgie**

Pekařská 53

656 91 BRNO

IČO: 00209775, DIČ: CZ00209775

Pacient (příjemce):

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti

28.2.2019

Den odeslání faktury

29.1.2019

Doprava:

Specifikace ceny tkáně

Jedná se o úhradu poplatku za zdravotní péči nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Platí se pouze při nepoužití objednaného a dodaného alotransplantátu srdeční chlopně. Kalkulační list č. 2012/04 je na požádání k dispozici.

<i>SPECIFIKACE</i>		<i>Kč celkem</i>
Srd		53 740
C E L K E M		53 740

Objednáváme dodávku aortálního * / pulmonálního ** / mitrálního *
alografu ze Specializované tkáňové banky STB85 pro pacienta:**

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

r.č.: [REDACTED]

Bytem: [REDACTED]

Výška (cm): [REDACTED]

Hmotnost (kg): [REDACTED]

Dg. slovy + kódem: [REDACTED]

Typ plánovaného operační výkonu: [REDACTED]

Zdravotní pojišťovna: [REDACTED]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO): [REDACTED]

*** Velikost aortálního anulu (mm):** [REDACTED]

**** Velikost pulmonálního anulu (mm):**

***** Velikost trikuspidálního/mitrálního anulu (mm):**

Plánovaný termín operačního výkonu: [REDACTED]

Zvláštní požadavky: //

Operatér: [REDACTED]

Adresa pracoviště a telefonické i elektronické spojení :

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Pekařská 53, 656 91

*** pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

**** pokud plánujete náhradu pulmonální chlopně, či Rossovu operaci**