

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

IČO: 00064203

DIČ: CZ00064203

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



Faktura číslo: 755172

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH: 12014

Den zdanitelného plnění: 22.1.2019

**Centrum kardiovaskulární a  
transplantační chirurgie**

Pekařská 53

656 91 BRNO

IČO: 00209775, DIČ: CZ00209775

Pacient (příjemce):

**Dodací platební podmínky:**

**Den splatnosti**

22.2.2019

**Den odeslání faktury**

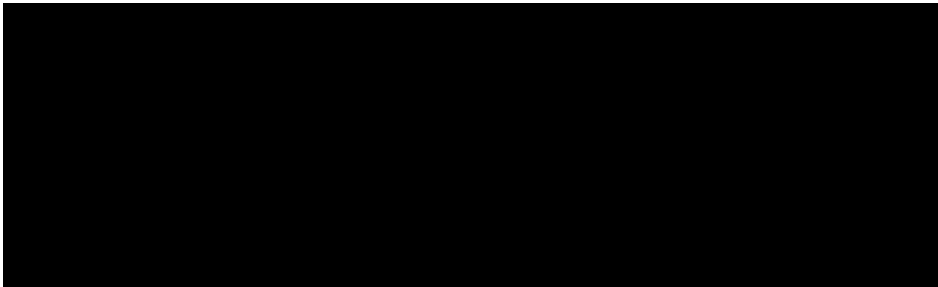
23.1.2019

**Doprava:**

**Specifikace ceny tkáně**

Jedná se o úhradu poplatku za zdravotní péči nehrzenou 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.

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



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 operačního 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 kardiiovaskulární a transplantáční chirurgie, Pekařská 53, 656 91

\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně

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

\*\*\* pokud plánujete použití mitrálního štěpu