


Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév**F A K T U R A****Dodavatel:****Fakultní nemocnice v Motole**

V Úvalu 84, 150 06 PRAHA 5, ČESKÁ REPUBLIKA

IČO: 00064203

DIČ: CZ00064203

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

 Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie
Došlo - 6. 06. 2019
Č.j.
Počet listů/příloh

Faktura číslo: 756379**HS - objednávka číslo:****Identifikační číslo ASCH:****Den zdanitelného plnění: 3.6.2019****Centrum kardiovaskulární a
transplantační chirurgie**

Pekařská 53

656 91 BRNO

IČO: 00209775, DIČ: CZ00209775

Dodací platební podmínky:**Den splatnosti**

3.7.2019

Den odeslání faktury

4.6.2019

Doprava:

sanitním vozem

Specifikace ceny tkáně

<i>SPECIFIKACE</i>	<i>ks</i>	<i>Kč za ks</i>	<i>Kč celkem</i>
Srdeční chlopeň	1	53 740	53 740
CELKEM			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):** [REDACTED]

***** Velikost trikuspidálního/mitrálního anulu (mm):** [REDACTED]

Plánovaný termín operačního výkonu: [REDACTED]

Zvláštní požadavky: [REDACTED]

Operatér: [REDACTED]

Adresa pracoviště a telefonické i elektronické spojení : [REDACTED]

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Pekařská 53, 656 91

[REDACTED]
podpis, razítko

Brno

* pokud plánujete náhradu aortální chlopně

** pokud plánujete náhradu pulmonální chlopně, či Rossovu operaci

*** pokud plánujete použití mitrálního štěpu