

Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév FAKTURA

Dodavatel:  
Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84, 150 06 PRAHA 5, ČESKÁ REPUBLIKA

ICO: 00064203

DIČ: CZ00064203

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

Faktura číslo: **756738**  
HS - objednávka číslo:  
Identifikační číslo ASCH:  
Den zdanitelného plnění: 12.7.2019

**Příjemce (plátce faktury):**

V případě nedodržení lhůty splatnosti bude účtován úrok z prodlení v souladu s Nařízením vlády č. 180/2013 Sb. Platným od 01.07.2013

Centrum kardiovaskulární a  
transplantační chirurgie  
Pekařská 53  
656 91 BRNO  
IČO: 00209775, DIČ: CZ00209775

**Pacient (příjemce):**

**Dodací platební podmínky:**

Den splatnosti 12.8.2019  
Den odeslání faktury 15.7.2019

**Doprava:**

Specifikace ceny tkáně

sanitním vozem

SPECIFIKACE	ks	Kč za ks	Kč celkem
Srdeční chlopeň	1	53 740	53 740
<b>CELKEM</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 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: 10. 7. 2019**

**Zvláštní požadavky:** [REDACTED]

**Operatér:** [REDACTED]

**Adresa pracoviště a telefonické i elektronické spojení** [REDACTED]

**Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Pekařská 53, 656 91**

**Brno, 9/7. 2019**

**\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

**\*\*\* pokud plánujete použití mitrálního štěpu**