


Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév

FAKTURA

 Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie
Došlo <b>2.0. 09. 2019</b>
Č.j.
Počet listů/příloh

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: **757258**

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH:

Den zdanitelného plnění: 16.9.2019

Centrum kardiovaskulární a  
transplantační chirurgie

Pekařská 53

656 91 BRNO

IČO: 00209775, DIČ: CZ00209775

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti

16.10.2019

Den odeslání faktury

17.9.2019

Doprava:

sanitním vozem

Specifikace ceny tkáně

SPECIFIKACE	ks	Kč za ks	Kč celkem
Srdeční chlopeň	1	53 740	53 740
<b>C E L K E M</b>			<b>53 740</b>

**Objednáváme dodávku aortálního \* / pulmonálního \*\* / mitrálního \*\*\* alograftu 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: 12.9.2019**

**Zvláštní požadavky: ///**

**Operatér:** [redacted]

**Adresa pracoviště a telefonické i elektronické spojení :**

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

**11. 09. 2019**  
**podpis, razítko** [redacted]

**\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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