

Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév

F A K T U R A

Dodavatel:

Fakultní nemocnice v Motole

Oddělení transplantací a tkáňové banky

12 -12- 2019

IČO: 00064203

DIČ: CZ00064203

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

Faktura číslo: 758039

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCB

Den zdanitelného plnění: 9.12.2019

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

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti

9.1.2020

Den odeslání faktury

10.12.2019

Doprava:

sanitním vozem

Specifikace ceny tkáně

á cena  
etření

| SPECIFIKACE   | ks | Kč za ks | Kč celkem     |
|---------------|----|----------|---------------|
|               | 1  | 59 114   | 59 114        |
| <b>CELKEM</b> |    |          | <b>59 114</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):**

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

**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**

**podpis, razítko** [redacted]

**\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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