

Úhrada - alokační poplatek **FAKTURA**

Dodavatel:
Fakultní nemocnice v Motole
Oddělení transplantací a tkáňové banky
V Úvalu 84, 150 06 PRAHA 5, ČESKÁ REPUBLIKA



	Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie
Došlo	19. 05. 2020
Č.j.	
Počet listů/příloh	

ICO: 00064203
DIČ: CZ00064203
SPO zřízená MZ ČR č.j. 17266-IV/2012. Plátce DPH

Faktura číslo: 755949
HS - objednávka číslo: [REDACTED]
Identifikační číslo ASCH: [REDACTED]
Den zdanitelného plnění: 13.05.2020

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

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti	13.06.2020
Den odeslání faktury	15.05.2020

<i>SPECIFIKACE</i>		<i>Kč celkem</i>
Srdeční chlopeň		59 114
CELKEM		59 114

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):**

Plánovaný termín operačního výkonu: 12. 5. 2020

Zvláštní požadavky: [redacted]

Operatér: [redacted]

Adresa pracoviště a tele [redacted]

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Pekařská 53, 656 91

[redacted]
podpis, razítko

*** pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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