


Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév

FAKTURA

| |
|---|
|  Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie |
| Došlo 22. 06. 2021 |
| Č.j. |
| Počet listů/příloh |

Dodavatel:

Fakultní nemocnice v Motole

Oddělení transplantací a tkáňové banky

V Úvalu 84, 150 06 PRAHA 5, ČESKÁ REPUBLIKA

ICO: 00004203

DIČ: CZ00064203

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

Faktura číslo: 756342

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH:

Den zdanitelného plnění: 17.06.2021

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

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti

17.07.2021

Den odeslání faktury

18.06.2021

| SPECIFIKACE | ks | Kč za ks | Kč celkem |
|---------------|----|----------|---------------|
| | 1 | 59 114 | 59 114 |
| CELKEM | | | 59 114 |

Objednáváme dodávku aortálního * / pulmonálního ** / mitrálního *
alogaftu 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 + kóde [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 operační výkonu: [redacted]

Pracovní místo / oddělení: [redacted]

Operátor: [redacted]

Adresa pracoviště a telefonické i elektronické spojení: [redacted]

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie [redacted]

podpis, razítko

Brno

*** pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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