

Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév

F A K T U R A

Dodavatel:

Fakultní nemocnice v Motole


Oddělení transplantací a tkáňové banky

Vítězslava 84, 150 06 PRAHA 5, ČESKÁ REPUBLIKA

IČO: 00064203

DIČ: CZ00064203

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

 Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie
Došlo <b>16. 07. 2021</b>
Č.j.
Počet listů/příloh



Faktura číslo: **756549**  
HS - objednávka číslo:  
Identifikační číslo ASCH: 15p/21  
Den zdanitelného plnění: 14.07.2021

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

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti 14.08.2021  
Den odeslání faktury 15.07.2021

Doprava:

sanitním vozem

Specifikace ceny tkáně

SPECIFIKACE	ks	Kč za ks	Kč celkem
	1	59 114	59 114
<b>CELKEM</b>			<b>59 114</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 [redacted]**

**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]

**Brno, 12. 7. 2021** [redacted]

**\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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