

Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév FAKTURA

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: 756640

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH:

Den zdanitelného plnění: 20.08.2021

Centrum kardiiovaskulární a

transplantační chirurgie

Pekařská 53

656 91 BRNO

IČO: 00209775, DIČ: CZ00209775

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti

20.08.2021

Den odeslání faktury

21.07.2021

Doprava:

sanitním vozem

Specifikace ceny tkáně

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

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 operačního 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: [redacted]

Zvláštní požadavky: [redacted]

Operátor: [redacted]

Adresa pracoviště a telefonické i elektronické spojení [redacted]

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Pekařská 53, 656 91

podpis, razítko

Brno, 14. 7. 2021

*** pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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