


Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév **FAKTURA**

 Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie
Došlo -7. 10. 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

IČO: 00064203

DIČ: CZ00064203

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

Faktura číslo: **757248**

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH:

Den zdanitelného plnění: 04.10.2021



**Příjemce (plátce faktury):**

V případě nedodržení lhůty splatnosti bude  
účtován úrok z prodlení v souladu s Nařízením  
vlády č. 180/2013 Sb. Platným od 01.07.2013

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

**Pacient (příjemce):**

**Dodací platební podmínky:**

Den splatnosti  
Den odeslání faktury

04.11.2021

05.10.2021

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:** 23. 9. 2021

**Zvláštní požadavky:**

**Operátor:** [REDACTED]

podpis, razítko  
22. 9. 2021, Brno

\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně

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

\*\*\* pokud plánujete použití mitrálního štěpu