

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

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

Faktura číslo: **757510**
HS - objednávka číslo:
Identifikační číslo ASCH:
Den zdanitelného plnění: **26.10.2021**

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

Pacient (příjemce):

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti 26.11.2021
Den odeslání faktury 27.10.2021

SPECIFIKACE	ks	Kč za ks	Kč celkem
	1	59 114	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): 162 cm

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:

Operátor: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

*** pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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