

Došlo 29. 10. 2021

Č.j.

Počet listů/příloh

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: 757511

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH:

Den zdanitelného plnění: 25.10.2021

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

ICO: 00209775, DIČ: CZ00209775

Pacient (příjemce):

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti

25.11.2021

Den odeslání faktury

26.10.2021

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): 170 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: 22. 10. 2021

Zvláštní požadavky:

Operatér: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

podpis, razítko

* pokud plánujete náhradu aortální chlopně
** pokud plánujete náhradu pulmonální chlopně, či Rossovu operaci
*** pokud plánujete použití mitrálního štěpu