

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**

Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie
Číslo -3 11. 2021-
Č.j.
Počet listů/příloh

**Faktura číslo: 757532**

**HS - objednávka číslo:**

**Identifikační číslo ASCH:**

**Den zdanitelného plnění: 29.10.2021**

**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:**

<b>Den splatnosti</b>	29.11.2021
<b>Den odeslání faktury</b>	01.11.2021

<b>SPECIFIKACE</b>	<i>ks</i>	<i>Kč za ks</i>	<i>Kč celkem</i>
	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:**

■  
■

■

■

**Dg. slovy + kódem:**

Objednáváme  
alografu ze

■

**Typ plánovaného operačního výkonu:**

■

Jméno a příjmení:

**Zdravotní pojišťovna:**

■

**Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):**

■

\* Velikost aortálního anulu (mm):

\*\* Velikost pulmonálního anulu (mm):

■

\*\*\* Velikost trikuspidálního/mitrálního anulu (mm):

Typ:

**Plánovaný termín operačního výkonu: 26.10.2021**

Číslo:

**Zvláštní požadavky:**

**Operátor:**

■

■

■

**podpis, razítko**

■

\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně

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

\*\*\* pokud plánujete použití mitrálního štěpu