

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

 Centrum kardiologické a transplantologické chirurgie	
Došlo	26. 10. 2021
Č.j.	
Počet listů/příloh	



Faktura číslo: 757493

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH:

Den zdanitelného plnění: 21.10.2021

Příjemce (plátce faktury):

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

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

Pacient (příjemce):

Dodací platební podmínky:

Den splatnosti
Den odeslání faktury

21.11.2021

25.10.2021

SPECIFIKACE	ks	Kč za ks	Kč celkem
	1	59 114	59 114
C E L K E M			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): [REDACTED]

Hmotnost (kg): [REDACTED]

Dg. slovy + kódem: [REDACTED]

Zdravotní pojišťovna: [REDACTED]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO): [REDACTED]

*** Velikost aortálního anulu (mm):**

**** Velikost pulmonálního anulu (mm):** [REDACTED]

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

Plánovaný termín operačního výkonu: středa 20. 10. 2021

Zvláštní požadavky:

Operatér: [REDACTED]

*** pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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