

 Centrum kardiologické a transplantační chirurgie
Došlo 19. 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: **757380**
 HS - objednávka číslo:
 Identifikační číslo ASCH:
 Den zdanitelného plnění: **15.10.2021**

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 15.11.2021
 Den odeslání faktury 18.10.2021

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 * alograftu 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):**

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

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

Plánovaný termín operačního výkonu: středa, 13. 10. 2021

Zvláštní požadavky:

Operátor: [REDACTED]

[REDACTED]

podpis, razítko /

Brno, 12. 10. 2021

* pokud plánujete náhradu aortální chlopně

** pokud plánujete náhradu pulmonální chlopně, či Rossovu operaci

*** pokud plánujete použití mitrálního štěpu