

Úhrada allogenní srdečních chlopní/cév **FAKTURA**

Dodávatel:

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

Faktura číslo: **755088**

HS - objednávka číslo:

Identifikační číslo ASCH:

Den zdanitelného plnění: **19.01.2022**

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

19.02.2022

Den odeslání faktury

20.01.2022

SPECIFIKACE	ks	Kč za ks	Kč celkem
	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:** [REDACTED]

**r.č.:** [REDACTED]

**Bytem:** [REDACTED]

**Výška (cm):** [REDACTED]

**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):**

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

**Plánovaný termín operačního výkonu: pondělí, 17. 1. 2022**

**Zvláštní požadavky:**

**Operatér:** [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

podpis, razítko  
Brno, 14. 1. 2022

**\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně**

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

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