

Извещение

РООП «Общество защиты пациентов»

(наименование получателя платежа)

7 7 0 7 3 3 0 0 2 0

(ИНН получателя платежа)

4 0 7 0 3 8 1 0 3 0 0 5 6 0 0 0 9 3 0 6

(номер счёта получателя платежа)

КБ «Юниаструм Банк» (ООО)

(наименование банка)

0 4 4 5 2 5 2 3 0

(БИК)

Кор./сч.: 3 0 1 0 1 8 1 0 2 4 5 2 5 0 0 0 0 2 3 0

(наименование платежа)

Ф.И.О. плательщика: _____

Адрес плательщика: _____

Сумма платежа: _____ Сумма платы за услуги: _____

Итого: _____ **Дата:** _____

С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т. ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Плательщик (подпись): _____

Кассир

Квитанция

Кассир

РООП «Общество защиты пациентов»

(наименование получателя платежа)

7 7 0 7 3 3 0 0 2 0

(ИНН получателя платежа)

4 0 7 0 3 8 1 0 3 0 0 5 6 0 0 0 9 3 0 6

(номер счёта получателя платежа)

КБ «Юниаструм Банк» (ООО)

(наименование банка)

0 4 4 5 2 5 2 3 0

(БИК)

Кор./сч.: 3 0 1 0 1 8 1 0 2 4 5 2 5 0 0 0 0 2 3 0

(наименование платежа)

Ф.И.О. плательщика: _____

Адрес плательщика: _____

Сумма платежа: _____ Сумма платы за услуги: _____

Итого: _____ **Дата:** _____

С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т. ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Плательщик (подпись): _____