

Извещение

ООО "ПАРТНЁР МЕДИКЛ"

Форма № ПД-4

(наименование назначения платежа)
7704414307/770401001

№ 40702810602830002600

(ИНН/КПП получателя платежа)

(номер счета получателя платежа)

АО "АЛЬФА-БАНК" г. Москва

БИК № 044525593

(наименование банка получателя платежа)

Номер кор./счета банка получателя платежа

№ 30101810200000000593

Организационные расходы. НДС не облагается.

(наименование платежа)

(номер договора)

Ф.И.О. плательщика

Адрес плательщика

Сумма платежа _____ руб. _____ коп.

Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.

Итого _____ руб. _____ коп.

" " " " 201__г.

Кассир

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой за услуги банка, ознакомлен и согласен

Подпись плательщика _____

ООО "ПАРТНЁР МЕДИКЛ"

(наименование назначения платежа)

7704414307/770401001

№ 40702810602830002600

(ИНН/КПП получателя платежа)

(номер счета получателя платежа)

АО "АЛЬФА-БАНК" г. Москва

БИК № 044525593

(наименование банка получателя платежа)

Номер кор./счета банка получателя платежа

№ 30101810200000000593

Организационные расходы. НДС не облагается.

(наименование платежа)

(номер договора)

Ф.И.О. плательщика

Адрес плательщика

Сумма платежа _____ руб. _____ коп.

Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.

Итого _____ руб. _____ коп.

" " " " 201__г.

Квитанция

Кассир

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой за услуги банка, ознакомлен и согласен

Подпись плательщика _____

***Внимание! При заполнении бланков на оплату разборчиво указывайте ФИО, почтовый адрес, номер договора**

