Форма № ПД-4

Извещение

НП «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края»
(наименование получателя платежа)

2543970573 40703810200000387161
(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)

в ПАО АКБ «ПРИМОРЬЕ» г. Владивосток БИК 040507795
(наименование банка получателя платежа)

Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810800000000795

участие в семинаре 28 августа 2019г _____
(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)

Ф.И.О плательщика _____

Адрес плательщика _____

Сумма платежа 10000 руб. 00 коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.

Итого __ __ руб. ___ коп. «_____» _____ 2018 г.

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

Подпись плательщика _____

Кассир

НП «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края»
(наименование получателя платежа)

2543970573 40703810200000387161
(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)

в ПАО АКБ «ПРИМОРЬЕ» г. Владивосток БИК 040507795
(наименование банка получателя платежа)

Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810800000000795

участие в семинаре 28 августа 2019г _____
(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)

Ф.И.О плательщика _____

Адрес плательщика _____

Сумма платежа 10000 руб. 00 коп. Сумма платы за услуги _____ руб. ____ коп.

Итого _____ руб. ___ коп. «_____» _____ 2018 г.

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

Подпись плательщика _____

Квитанция
Кассир