

Извещение

Форма № ПД-4

**ООО СП «Субал»**

(наименование получателя платежа)

**7731035844 / 772301001**

(ИНН/КПП получателя платежа)

**р/с 40702810238190103055**

(номер счета получателя платежа)

в **Сбербанк России ОАО г. Москва**  
(наименование банка получателя платежа)

БИК **044525225**

Номер кор./сч. банка получателя платежа **3010181040000000225**

**Оплата медицинских инструментов**

(наименование платежа)

(номер лицевого счета (код) плательщика)

Ф.И.О. плательщика \_\_\_\_\_

Адрес плательщика \_\_\_\_\_

Сумма платежа руб. \_\_\_\_\_

Сумма платы за услуги \_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

Итого \_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

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

**Кассир**

Подпись плательщика \_\_\_\_\_

**ООО СП «Субал»**

(наименование получателя платежа)

**7731035844 / 772301001**

(ИНН/КПП получателя платежа)

**р/с 40702810238190103055**

(номер счета получателя платежа)

в **Сбербанк России ОАО г. Москва**  
(наименование банка получателя платежа)

БИК **044525225**

Номер кор./сч. банка получателя платежа **3010181040000000225**

**Оплата медицинских инструментов**

(наименование платежа)

(номер лицевого счета (код) плательщика)

Ф.И.О. плательщика \_\_\_\_\_

Адрес плательщика \_\_\_\_\_

Сумма платежа руб. \_\_\_\_\_

Сумма платы за услуги \_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

Итого \_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

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

**Квитанция**

Подпись плательщика \_\_\_\_\_

**Кассир**