

<b>Извещение</b>	<i>Форма № ПД-4</i>
	<b>Некоммерческое партнерство "Общество по развитию Медицины и Здравоохранения"</b>
	(наименование получателя платежа)
	7706414750 <b>4070381080000000253</b>
	(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	АО "РАЙФФАЙЗЕНБАНК" Г. МОСКВА БИК 044525700
	(наименование банка получателя платежа)
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810200000000700
	Регистрационный взнос за участие в конгрессе специалистов перинатальной медицины
	(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)
Ф.И.О. плательщика: _____	
Адрес плательщика: _____	
Сумма платежа: 800 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.	
<b>Подпись плательщика</b>	
<b>Кассир</b>	

  

<b>Квитанция</b>  <b>Кассир</b>	<b>Некоммерческое партнерство "Общество по развитию Медицины и Здравоохранения"</b>
	(наименование получателя платежа)
	7706414750 <b>4070381080000000253</b>
	(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	АО "РАЙФФАЙЗЕНБАНК" Г. МОСКВА БИК 044525700
	(наименование банка получателя платежа)
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810200000000700
	Регистрационный взнос за участие в конгрессе специалистов перинатальной медицины
	(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)
	Ф.И.О. плательщика: _____
Адрес плательщика: _____	
Сумма платежа: 800 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.	
<b>Подпись плательщика</b>	