


Извещение	 СБЕРБАНК РОССИИ		<i>Форма № ПД-4</i>
	Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов		
	(наименование получателя платежа)		
	7710481076		40703810800000000070
	(ИНН получателя платежа)		(номер счета получателя платежа)
	"Банк Кремлевский" ООО, г. Москва		БИК 044525196
	(наименование банка получателя платежа)		
	Номер кор./сч. банка получателя платежа		30101810745250000196
	Ежегодный членский взнос члена Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов		
	(наименование платежа)		(номер лицевого счета (код) плательщика)
Кассир	Ф.И.О. плательщика: _____		
	Адрес плательщика: _____		
	Сумма платежа: <u>200</u> руб. <u>00</u> коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.		
	Итого _____ руб. _____ коп. "_____" _____ 20__ г.		
	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен.		
	Подпись плательщика		
	Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов		
	(наименование получателя платежа)		
	7710481076		40703810800000000070
	(ИНН получателя платежа)		(номер счета получателя платежа)
"Банк Кремлевский" ООО, г. Москва		БИК 044525196	
(наименование банка получателя платежа)			
Номер кор./сч. банка получателя платежа		30101810745250000196	
Ежегодный членский взнос члена Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов			
(наименование платежа)		(номер лицевого счета (код) плательщика)	
Квитанция	Ф.И.О. плательщика: _____		
	Адрес плательщика: _____		
	Сумма платежа: <u>200</u> руб. <u>00</u> коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.		
	Итого _____ руб. _____ коп. "_____" _____ 20__ г.		
	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен.		
	Подпись плательщика		

✂ - линия отреза