

Извещение

**Общество с ограниченной ответственностью
«ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «ЮНОСТЬ»**

(наименование получателя платежа)

7	7	2	0	1	7	1	8	6	0	4	0	7	0	2	8	1	0	3	0	1	1	4	0	0	0	1	9	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(ИНН получателя платежа) (номер счёта получателя платежа)

Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)

0	4	4	5	2	5	4	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

(наименование банка) (БИК)

КПП 505001001

3	0	1	0	1	8	1	0	1	4	5	2	5	0	0	0	0	4	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Кор./сч.:

(наименование платежа)

Ф.И.О. плательщика:

Адрес плательщика:

Сумма платежа:

Итого:

Дата:

Кассир

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

Плательщик (подпись):

Извещение

**Общество с ограниченной ответственностью
«ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «ЮНОСТЬ»**

(наименование получателя платежа)

7	7	2	0	1	7	1	8	6	0	4	0	7	0	2	8	1	0	3	0	1	1	4	0	0	0	1	9	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(ИНН получателя платежа) (номер счёта получателя платежа)

Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)

0	4	4	5	2	5	4	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

(наименование банка) (БИК)

КПП 505001001

3	0	1	0	1	8	1	0	1	4	5	2	5	0	0	0	0	4	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Кор./сч.:

(наименование платежа)

Ф.И.О. плательщика:

Адрес плательщика:

Сумма платежа:

Итого:

Дата:

Кассир

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

Плательщик (подпись):