

Поставщик: **ООО Научно-медицинская фирма «К-тест»**
Юридический адрес: **603005, г. Нижний Новгород, ул. Минина, 20-Б**
Адрес местонахождения: **603005, г. Нижний Новгород, ул. Минина, 20-Б**
Расчетный счет: **40702810803000005742**
Приволжский филиал ПАО «Промсвязьбанк» г.Нижний Новгород

Корр./счет: **30101810700000000803**
Город: **Нижний Новгород, тел/факс: (831) 411-81-38; тел. 411-81-38**

Идентификационный номер поставщика: **(ИНН) 5260013184 КПП 526001001**
Код по **ОКОНХ 91513** Код по **ОКПО 10668839** **БИК 042202803**

Грузоотправитель и его адрес _____
Грузополучатель и его адрес _____
К платежно-расчетному документу № _____ от _____

СЧЕТ-ФАКТУРА № 43 от « 11 » июля 2016 г.

Получатель **БФ «Предание»**
Юридический адрес: 101000, г. Москва, Лубянский пр-д, д.17, стр. 1, к.в. 30
Фактический адрес: 115162, г. Москва, ул Шухова, д.17, корп. 2
Расчетный счет № 40703810400000004744 в ВТБ 24 (ПАО)
Корреспондентский счет № 30101810100000000716
Город Москва

Идентификационный номер покупателя (ИНН) **7706413901** **БИК 044525716**
Код по ОКНХ _____ Код по ОКПО **603 800 03**
Дополнение (условия оплаты по договору/контракту/, способ отправления и т.п.) _____

Наименование товара	Код по ОКДП	Ед. изм.	Кол.	Цена	Сумма	Ставка НДС	Сумма НДС	Всего с НДС
1	2	3	4	5	6	7	8	9
За медицинские услуги БОГДАН Ирины Леонидовны			4	135000=00	540000=00			
						НДС не облагается		
ИТОГО:						540/000=00 (Пятьсот сорок тысяч рублей 00 коп.)		

Руководитель предприятия _____

Главный бухгалтер _____

Получил _____

(подпись покупателя или уполном. представителя покупателя)

Выдал _____

(подпись ответств. лица поставщика)

