

Аптека №1 Воронцово поле

Адрес: Москва ул. Воронцово Поле дом 14

Образец заполнения платежного поручения

Назначение

Получатель: ООО "САМСОН-ФАРМА" ИНН / КПП : 7711045107 / 770945002
Банковские реквизиты: р/с 40702810338290030588 ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Москва к/с 30101810400000000225 БИК 044525225

СЧЕТ № 8842/1 от 06.10.2017

Заказчик: БФ "Предание"
Платательщик: БФ "Предание"
По документу: 8842/1 от 06.10.2017

Поз. №	Название товара	Ед. изм.	Количество	Цена с НДС	Сумма с НДС
1	Троксевазин гель 2% 40г	уп	20	185,00	3700,00
2	Детралекс таб п/о 500мг №60	уп	8	1356,00	10848,00
3	Детралекс таб п/о 500мг №60	уп	2	1327,00	2654,00

Итого: 17202,00

В том числе НДС

НДС 10%: 1563,81

НДС 18%: 0

К оплате: Семнадцать тысяч двести два рубля 00 коп.

Руководитель предприятия _____ (Согоян С.Г.)

Главный бухгалтер _____ (Назарова Н.Г.)



Зав. аптекой
Варшавская О.Б.

Зав. аптекой
Варшавская О.Б.