

Внимание! Оплата данного счета означает согласие с условиями поставки товара. Уведомление об оплате обязательно, в противном случае не гарантируется наличие товара на складе. Товар отпускается по факту прихода денег на р/с Поставщика, самовывозом, при наличии доверенности и паспорта.

ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА		БИК	044525225
Банк получателя		Сч. №	30101810400000000225
ИНН 5050092951	КПП 505001001	Сч. №	40702810938000050721
Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры"			
Получатель			

## Счет на оплату № 26 от 15 января 2018

**Поставщик:** Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры", ИНН 5050092951, КПП 505001001, 141141, Московская обл, Щелковский р-н, Райки д, Чеховская ул, дом № 1, тел.: 8-495-287-4949

**Грузоотправитель:** Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры", ИНН 5050092951, КПП 505001001, 141141, Московская обл, Щелковский р-н, Райки д, Чеховская ул, дом № 1, тел.: 8-495-287-4949

**Покупатель:** Региональный благотворительный общественный фонд содействия духовному развитию общества "Предание", ИНН 7706413901, КПП 770601001, Москва г, Лубянский пр-д, дом № 17, корпус 1, кв.30

**Грузополучатель:** Региональный благотворительный общественный фонд содействия духовному развитию общества "Предание", ИНН 7706413901, КПП 770601001, Москва г, Лубянский пр-д, дом № 17, корпус 1, кв.30

№	Товары (работы, услуги)	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	Медицинские услуги по реабилитации Дадекиной А.А.	21	Сутки	16 700,00	350 700,00

**Итого:** 350 700,00  
**В том числе НДС:**  
**Всего к оплате:** 350 700,00

Всего наименований 1, на сумму 350 700,00 руб.  
Триста пятьдесят тысяч семьсот рублей 00 копеек

**Руководитель** Генеральный директор  
должность

  
подпись

  
подпись

  
подпись

**Симакова А. С.**  
расшифровка подписи

**Главный (старший) бухгалтер**

**Усова Е. В.**  
расшифровка подписи

**Ответственный**

**Смагина Елена**  
расшифровка подписи

УВАЖАЕМЫЕ ПОКЛАТЧИКИ,  
В НАЗНАЧЕНИИ ПЛАТЕЖА  
ВАМ НЕОБХОДИМО УКАЗАТЬ  
НОМЕР СЧЕТА, ФАМИЛИЮ,  
ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА