

ЗАО "Институт клинической реабилитологии" г.Тула

Адрес: 300007, Тульская обл, Тула г, Оборонная ул, д. 21, кв. 411, тел.: 31-11-12

Образец заполнения платежного поручения

| | | | |
|--|---------------|-------|----------------------|
| ИНН 7104004108 | КПП 710701001 | | |
| Получатель ЗАО "Институт клинической реабилитологии" г.Тула | | Сч. № | 40702810866060100348 |
| Банк получателя Отделение №8604 Сбербанка России Г.ТУЛА | | БИК | 047003608 |
| | | Сч. № | 30101810300000000608 |

СЧЕТ № 219 от 24 Сентября 2014 г.

Плательщик: БФ "Предание"
Грузополучатель: БФ "Предание"

| № | Наименование товара | Единица измерения | Количество | Цена | Сумма |
|--------------------------|----------------------------------|-------------------|------------|----------|-----------------|
| 1 | Оплата за операцию Вороник Елены | шт | 1 | 21000-00 | 21000-00 |
| Итого: | | | | | 21000-00 |
| Без налога (НДС). | | | | | - |
| Всего к оплате: | | | | | 21000-00 |

Всего наименований 1, на сумму 21'000.00
Двадцать одна тысяча рублей 00 копеек

Руководитель предприятия _____ (Ульзибат Т.В.)

Главный бухгалтер _____ (Зуева С.В.)

