

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Г. МОСКВЫ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА  
МОСКВЫ «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С  
ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ВРОЖДЕННЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ»**

119620, г. Москва, ул. Авиаторов, д. 38

Тел./факс (495) 435-41-07/(499) 730-98-28

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7731147890	КПП 772901001	Сумма	
Департамент Финансов города Москвы (НПЦ мед.помощи детям л/с 2605441000450478) Получатель		Сч.№	40601810000003000002
		БИК	044583001
Отделение 1 Москва Банк получателя			
054000000000000000130	45326000	0	0
		0	0

В платежном поручении просьба обязательно указывать КБК;ОКТМО и Ф.И. О. ребенка, дата рождения.

**СЧЕТ № 07 от 14 января 2016г.**

**Плательщик:** Региональный благотворительный общественный фонд содействия духовному развитию общества «Предание» р/с: 40703810400000004744  
ИНН: 7706413901 КПП: 770901001 ОГРН: 1087799040383 Название банка: ВТБ 24 (ПАО)  
к/с: 30101810100000000716 БИК: 044525716 ИНН: 7710353606 КПП:  
775001001Юридический адрес: 101000, Москва, Лубянский пр-д, д.17,стр.1, кв.30  
Фактический адрес: 115162, Москва, ул. Шухова, д. 17, корп. 2 Контактные данные:  
тел/факс: (495) 722-92-79

№	Наименование	Цена	Сумма
1.	Оплата за лечение и госпитализацию Белоусова Елизавета 10.09.2002г.р.	344930-00	344930-00
<b>ИТОГО:</b>			344930-00

К оплате: **Триста сорок четыре рубля девятьсот тридцать рублей 00 копеек.**

Основание: расчет стоимости госпитализации.  
Налогом на добавленную стоимость не облагается.

Заместитель директора

/Д. В. Ковалев/

Гл. бухгалтер

 /Л.В. Степанова/

