

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)		Сч.№	40601810000003000002
Получатель Отделение 1 Москва Банк получателя		БИК	044583001
05400000000000000130	45326000	0	0
		0	0

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

СЧЕТ № 240 от 07 октября 2015г.

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 Марицой Даниил 11.09.2011г.р.	163700-00	163700-00
ИТОГО:			163700-00

К оплате: **Сто шестьдесят три тысячи семьсот рублей 00 копеек.**

Основание: расчет стоимости госпитализации.

Налогом на добавленную стоимость не облагается.

Заместитель директора

Гл. бухгалтер



/Д. В. Ковалев/

/Л.В. Степанова/