

Извещение

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование получателя платежа)

6	1	6	3	1	4	5	6	5	2			4	0	7	0	3	8	1	0	6	2	6	1	6	0	0	0	0	0	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(ИНН получателя платежа) (номер счёта получателя платежа)
Филиал «Ростовский» АО «АЛЬФА-БАНК» г. Ростов-на-Дону

0	4	6	0	1	5	2	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

(наименование банка) (БИК)
 Кор./сч.:

3	0	1	0	1	8	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Членские взносы

(наименование платежа)

Ф.И.О. плательщика: _____

Адрес плательщика: _____

Сумма платежа: **1000.00 руб** Сумма платы за услуги: _____

Итого: 1000.00 руб. Дата: _____

С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т. ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Плательщик (подпись): _____

Кассир

Квитанция

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование получателя платежа)

6	1	6	3	1	4	5	6	5	2			4	0	7	0	3	8	1	0	6	2	6	1	6	0	0	0	0	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(ИНН получателя платежа) (номер счёта получателя платежа)
Филиал «Ростовский» АО «АЛЬФА-БАНК» г. Ростов-на-Дону

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(наименование банка) (БИК)
 Кор./сч.:

3	0	1	0	1	8	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Членские взносы

(наименование платежа)

Ф.И.О. плательщика: _____

Адрес плательщика: _____

Сумма платежа: **1000.00 руб.** Сумма платы за услуги: _____

Итого: 1000.00 руб. Дата: _____

С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т. ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Плательщик (подпись): _____

Кассир