

ИЗВЕЩЕНИЕ	Получатель платежа: ИНН 7736239810 КПП 773601001 Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДСП №44 ДЗМ» л/с 2605442000930888) Банк получателя: ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве БИК 004525988, р/сч 03224643450000007300 к/сч 40102810545370000003 КБК: 00000000000000000130 ОКТМО 45398000	
	_____ _____ (Фамилия, Имя, Отчество, адрес плательщика)	
	№ договора	Сумма _____ руб.
	_____ (сумма прописью)	
Кассир	Плательщик _____ «__» _____ 20 г. (подпись плательщика)	
	Ф.И.О. врача	

КВИТАНЦИЯ	Получатель платежа: ИНН 7736239810 КПП 773601001 Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДСП №44 ДЗМ» л/с 2605442000930888) Банк получателя: ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве БИК 004525988, р/сч 03224643450000007300 к/сч 40102810545370000003 КБК: 00000000000000000130 ОКТМО 45398000	
	_____ _____ (Фамилия, Имя, Отчество, адрес плательщика)	
	№ договора	Сумма _____ руб.
	_____ (сумма прописью)	
Кассир	Плательщик _____ «__» _____ 20 г. (подпись плательщика)	
	Ф.И.О. врача	

**ВНИМАНИЕ!! В НАЗНАЧЕНИИ ПЛАТЕЖА !!ОБЯЗАТЕЛЬНО!! УКАЗЫВАТЬ
НОМЕР ДОГОВОРА, Ф.И.О. РЕБЕНКА, Ф.И.О ВРАЧА**

ИЗВЕЩЕНИЕ	Получатель платежа: ИНН 7736239810 КПП 773601001 Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДСП №44 ДЗМ» л/с 2605442000930888) Банк получателя: ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве БИК 004525988, р/сч 03224643450000007300 к/сч 40102810545370000003 КБК: 00000000000000000130 ОКТМО 45398000	
	_____ _____ (Фамилия, Имя, Отчество, адрес плательщика)	
	№ договора	Сумма _____ руб.
	_____ (сумма прописью)	
Кассир	Плательщик _____ «__» _____ 20 г. (подпись плательщика)	
	Ф.И.О. врача	

КВИТАНЦИЯ	Получатель платежа: ИНН 7736239810 КПП 773601001 Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДСП №44 ДЗМ» л/с 2605442000930888) Банк получателя: ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве БИК 004525988, р/сч 03224643450000007300 к/сч 40102810545370000003 КБК: 00000000000000000130 ОКТМО 45398000	
	_____ _____ (Фамилия, Имя, Отчество, адрес плательщика)	
	№ договора	Сумма _____ руб.
	_____ (сумма прописью)	
Кассир	Плательщик _____ «__» _____ 20 г. (подпись плательщика)	
	Ф.И.О. врача	

**ВНИМАНИЕ!! В НАЗНАЧЕНИИ ПЛАТЕЖА !!ОБЯЗАТЕЛЬНО!! УКАЗЫВАТЬ
НОМЕР ДОГОВОРА, Ф.И.О. РЕБЕНКА, Ф.И.О ВРАЧА**