

Заявление на перевод в иностранной валюте
Application for International Funds Transfer



№ 8 от 23.04.2024

ПЕРЕВОДОДАТЕЛЬ (почтовый адрес, город) / APPLICANT (address, city)	THE CLUB OF KIND PERSONS CHARITABLE FOUNDATION POKROVKA, 1/13/6-2, EYTAZH 1, POMES, MOSCOW, RF		
ИНН, КИО / TIN, KIO	9717064452		
Просим дебетовать наш счет № / Please Debit our Account #	40703978100000000646		
Сумма к списанию (цифрами и прописью) / Amount to debit (in figures and in writing)	50000.00 fifty thousand euros	Наименование валюты / Currency	EUR
Сумма платежа (цифрами и прописью) / Amount to pay (in figures and in writing)	50000.00 fifty thousand euros	Наименование валюты / Currency	EUR
БАНК ПЕРЕВОДОДАТЕЛЯ / APPLICANT'S BANK	АО "Raiffeisenbank"		
Ответственное лицо по сделке / Applicant's Contact Person	Zemlyanskaya Yelena +7 962 241 30 87		
БАНК-ПОСРЕДНИК (адрес, город, страна) / INTERMEDIARY BANK (address, city, country)			
SWIFT либо иной банковский код / SWIFT or another Bank Identifier			
№ счета Банка Бенефициара в Банке Посреднике / Account # of Beneficiary Bank			
БАНК БЕНЕФИЦИАРА (адрес, город, страна) / BENEFICIARY BANK (address, city, country)	COMMERZBANK AG KAISERSTRASSE 16 FRANKFURT AM MAIN, DE		
SWIFT БАНКА БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY BANK SWIFT	COBADEFFXXX	Иной банковский код / Another Bank Identifier	
№ счета БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY Account # / IBAN для платежей в страны ЕС / IBAN for payments to EU	DE96800400000111787800		
SWIFT БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY SWIFT			
БЕНЕФИЦИАР (адрес, город, страна) / BENEFICIARY (address, city, country)	UNIVERSITÄTSKLINIKUM HALLE (SAALE) ERNST-GRUBE-STRASSE 40 HALLE, DE		
Назначение платежа / Details of Payments	PAYMENT FOR HOSPITAL TREATMENT FOR PATIENT ALYMBAEVA AZALIYA/INVOCE DD 07/02/2024//Contracts N 13 of 22.04.2024		
Дополнительная информация / Additional Information			
Счет для списания комиссий за перевод / Account to be charged	40703810400000003870		
<input checked="" type="checkbox"/> OUR Все комиссии за наш счет /All charges from our account <input type="checkbox"/> BEN Все комиссии отнести за счет получателя /To be paid by Beneficiary <input type="checkbox"/> SHA Комиссия Банка за наш счет, комиссии 3-х банков за счет бенефициара /Bank's commission from our account, 3d bank fee to be paid by Beneficiary			

Заявление на перевод заполняется на английском языке либо латинским шрифтом. Application for funds transfer is to be filled in English or Latin transliteration.

№ п/п	Код вида операции / Currency transaction code	Код валюты платежа / Payment Currency	Сумма платежа / Payment Amount	Номер УК или номер и (или) дата договора (контракта)	Код валюты цены контракта / Contract Currency	Сумма в валюте цены контракта / Contract Amount	Ожидаемый срок / Expected Date	Срок возврата аванса / Return period
1	99090	978	50000.00	13	null			

ГТД	
Платеж в пользу / Payment in favour of	резидента / resident v нерезидента / non-resident
Код вида услуг / Services code	
Код страны банка получателя платежа / Beneficiary Bank Country Code	276
Дополнительная информация для ВК / Additional information for Currency Control purposes	

АО "Райффайзенбанк"
к/с 30101810200000000700
БИК 044525700
25 АПР 2024
ИСПОЛНЕНО

Вложения:

Имя файла	Размер	Дата создания	Комментарий
4Smetaizkliniki070224_6175748ev.ro.pdf	590048	23.04.2024	null
DogovorAlymbaeva2podpisi_comp ressed.pdf	677890	23.04.2024	null

Получено по Системе Электронных Платежей с использованием средств криптографической защиты.