

СПб ГБУЗ "Детская городская клиническая больница № 5 имени Нила Федоровича Филатова"

ИНН 7816099558 КПП 781601001

192289, Санкт-Петербург г, Бухарестская ул, дом № 134, тел.: (812) 400-04-10

Образец заполнения платежного поручения

СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	БИК	044030001		
Банк получателя	Сч. №			
7816099558	781601001	Сч. №	40601810200003000000	
Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ "Детская городская клиническая больница № 5 имени Нила Федоровича Филатова" л/с 0151053)	Вид оп.	01	Срок плат.	
	Наз. пл.		Очер. плат.	
	Код		Рез. поле	
Получатель				
81609010000000000130	40906000			

ПД 130 Оплата по счету № _____ от _____ за медицинские услуги

Назначение платежа

СЧЕТ № 0000-000320 от 23.03.2020

Заказчик: КЛУБ ДОБРЯКОВ БФ ИНН 9717064452 КПП 772601001

Плательщик: КЛУБ ДОБРЯКОВ БФ ИНН 9717064452 КПП 772601001

Основание: Договор от 20.12.2019 № б/н

№	Наименование услуг	Единица измерения	Количество	Цена, (Руб.)	Сумма, (Руб.)
1	Услуги медицинские населению в рамках договора (предоплата)		1,000	93 400,00	93 400,00
				Итого:	93 400,00
				Итого сумма НДС:	-
				Всего к оплате:	93 400,00

Всего наименований 1, на сумму:

Девяносто три тысячи четыреста рублей 00 копеек

Руководитель _____ (Л. Н. Исанкина)

Главный бухгалтер _____ (А. В. Балашова)

