

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	40906000		
816090100000000000130			

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

Назначение платежа

СЧЕТ № 0000-001/пу от 21.04.2020

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.)
	Услуги медицинские населению		1,000	48 150,00	48 150,00
Итого:					48 150,00
Итого сумма НДС:					-
Всего к оплате:					48 150,00

Всего наименований 1, на сумму:
Сорок восемь тысяч сто пятьдесят рублей 00коп.

Руководитель _____ (Л. Н. Исанина)

Главный бухгалтер _____ (А. В. Балашова)

