

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				
8160901000000000000130	40906000					

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

Назначение платежа

СЧЕТ № 0000-000739 от 23.07.2020

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 ДМС		1,000	129 180,00	129 180,00
Итого:					129 180,00
Итого сумма НДС:					
Всего к оплате:					129 180,00

Всего наименований 1, на сумму

Сто двадцать девять тысяч сто восемьдесят рублей 00 копеек

Руководитель _____ (Л.М. Починяева)

Главный бухгалтер _____ (А.В. Балашова)

