

ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА		БИК	044525225
Банк получателя		Сч. №	30101810400000000225
ИНН 9717035290	КПП 771701001	Сч. №	40702810538000119648
ООО "ИНСТИТУТ ДЕТСКОЙ И ВЗРОСЛОЙ НЕВРОЛОГИИ И ЭПИЛЕПСИИ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ"			
Получатель			

Счет на оплату № 16 от 27 июня 2018 г.

Поставщик **ООО "ИНСТИТУТ ДЕТСКОЙ И ВЗРОСЛОЙ НЕВРОЛОГИИ И ЭПИЛЕПСИИ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ"**, ИНН 9717035290, КПП 771701001
(Исполнитель):

Покупатель **БФ «Клуб добряков»**, ИНН 9717064452 / КПП 771701001 / ОГРН 1177700018792 / ОКПО 19939671; п.с. 40703810538000007924; к.с. 30101810400000000225; БИК 044525225 ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ», г. Москва
(Заказчик):

Основание: **Дог. № 27/06-18-1 от 27.06.2018 (пац-т Благодарный Максим Анатольевич 04.05.2010 г.р.)**

№	Товары (работы, услуги)	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	Консультация, амбулаторный приём невролога-эпилептолога (первичный)	1	шт	7 500,00	7 500,00
2	Ночной видео-ЭЭГ-мониторинг (9 часов)	1	шт	14 000,00	14 000,00
3	Лекарственный мониторинг (вальпроевая кислота)	1	шт	3 000,00	3 000,00
4	Срочная расшифровка результатов ВЭМ	1	шт	3 000,00	3 000,00

Итого: **27 500,00**

Без налога (НДС)

Всего к оплате: **27 500,00**

Всего наименований 4, на сумму 27 500,00 руб.

Двадцать семь тысяч пятьсот рублей 00 копеек

Оплата данного счета означает согласие Заказчика с условиями оказания услуг:

1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику услуги, а Заказчик обязуется их принять и оплатить.
2. Сведения об оказываемых услугах содержатся в настоящем счете.
3. Оплата услуг осуществляется Заказчиком путем безналичного перевода денежных средств на расчетный счет Исполнителя с обязательным указанием в платежном поручении реквизитов настоящего счета.
4. Заказчик обязуется оплатить услуги в размере 100% в течение 3 рабочих дней.
5. Исполнитель обязуется оказать услуги в течение 5 рабочих дней со дня поступления оплаты на расчетный счет.
6. Приемка оказанных услуг осуществляется путем подписания Заказчиком и Исполнителем акта об оказании услуг.

Руководитель



Масляева И. П.

Бухгалтер