

Заявление на перевод в иностранной валюте
Application for International Funds Transfer



№ 7 от 26.03.2024

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 #	40703840300000000626		
Сумма к списанию (цифрами и прописью) / Amount to debit (in figures and in writing)	54750.00 fifty-four thousand seven hundred fifty US dollars	Наименование валюты / Currency	USD
Сумма платежа (цифрами и прописью) / Amount to pay (in figures and in writing)	54750.00 fifty-four thousand seven hundred fifty US dollars	Наименование валюты / Currency	USD
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)	TBC BANK MARJANISHVILI STREET 7 TBILISI, GE		
SWIFT БАНКА БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY BANK SWIFT	TBCBGE22XXX	Иной банковский код / Another Bank Identifier	
№ счета БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY Account # / IBAN для платежей в страны ЕС / IBAN for payments to EU	GE68TB7374836120100002		
SWIFT БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY SWIFT			
БЕНЕФИЦИАР (адрес, город, страна) / BENEFICIARY (address, city, country)	AMERICAN HOSPITAL NETWORK LLC U.CHKHEIDZE 17 TBILISI, GE		
Назначение платежа / Details of Payments	PAYM COST-ESTIMATE1059/2024DD07/03/24,1024/2023DD11/10/23MEDICAL SERVICES PATIENT IZOSIN,GRISHICHKINA DONATION AGREEMENT 9,10DD21/03/24		
Дополнительная информация / Additional Information			
Счет для списания комиссий за перевод / Account to be charged	407038104000000003870		
<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	840	28000.00	10	null			
2	99090	840	26750.00	9	null			

ГТД	
Платеж в пользу / Payment in favour of	резидента / resident у нерезидента / non-resident
Код вида услуг / Services code	
Код страны банка получателя платежа / Beneficiary Bank Country Code	268
Дополнительная информация для ВК / Additional information for Currency Control purposes	Код ТН ВЭД / CN FEA code: 0000000000

АО "Райффайзенбанк" и/с 30101810200000000700 БИК 044525700 27 МАРТ 2024 ИСПОЛНЕНО

Вложения:

Имя файла	Размер	Дата создания	Комментарий
PerevodyschetovGriseckinalzosin_compressed.pdf	329561	26.03.2024	null
ScetaGriseckinalzosin.pdf	575380	26.03.2024	null
DogovorypозertvovaniaGriseckinalzosin_compressed.pdf	1021711	26.03.2024	null

Получено по Системе Электронных Платежей с использованием средств криптографической защиты.