Извещение	***Форма № ПД-4*** ООО «Московская Глазная Клиника» (наименование получателя платежа) 7704768345 40702810700000023947 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО) БИК **044525411** (наименование банка получателя платежа) Номер кор./сч. банка получателя платежа **30101810145250000411** Консультационные услуги (Скайп) _____ (наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика) Ф.И.О. плательщика: _____ Адрес плательщика: _____ Сумма платежа: 2 500 руб. 00 коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____коп Итого _____ руб. _____ коп. “_____”_____ 200___г.
Кассир	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. **Подпись плательщика**
	ООО «Московская Глазная Клиника» (наименование получателя платежа) 7704768345 40702810700000023947 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО) БИК **044525411** (наименование банка получателя платежа) Номер кор./сч. банка получателя платежа **30101810145250000411** Консультационные услуги (Скайп) _____ (наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика) Ф.И.О. плательщика: _____ Адрес плательщика: _____ Сумма платежа: 2 500 руб. . 00 коп. Сумма платы за услуги: ____ руб. ____коп. Итого _____ руб. _____ коп. “_____”_____ 200___г.
Квитанция **Кассир**	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. **Подпись плательщика**

✂ - линия отреза