|  |  |
| --- | --- |
|  | **УФК по Орловской области (БУЗ Орловской области «Поликлиника №2» л/счет 20546У80230)****ОГРН 10257000833960 ОКТМО 54701000 КБК 00000000000000000130****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование получателя платежа)**5753011890/575301001 №40601810645251000029\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (ИНН получателя) (номер счета получателя платежа)  **В отделении Орел БИК 045402001\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (наименование банка получателя платежа)  **за мед.услуги** Ф.И.О. плательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование платежа)Адрес плательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма платежа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_коп. Сумма платы за услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_коп.Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_коп. «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. Подпись плательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
|  | **УФК по Орловской области (БУЗ Орловской области «Поликлиника №2» л/счет 20546У80230)****ОГРН 10257000833960 ОКТМО 54701000 КБК 00000000000000000130****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование получателя платежа)**5753011890/575301001 №40601810645251000029\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (ИНН получателя) (номер счета получателя платежа)  **В отделении Орел БИК 045402001\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (наименование банка получателя платежа)  **за мед.услуги** Ф.И.О. плательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование платежа)Адрес плательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма платежа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_коп. Сумма платы за услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_коп.Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_коп. «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. Подпись плательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |