Извещение	СБЕРБАНК РОССИИ *Форма № ПД-4* **Ассоциация больных редкими и жизнеугрожающими заболеваниями «Спасти и сохранить»** (наименование получателя платежа) 1651078263 40703810862000000927 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) ПАО Сбербанк БИК 049205603 (наименование банка получателя платежа) Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810300000000603 **Членский взнос** (наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика) Ф.И.О. плательщика: Адрес плательщика: Сумма платежа: 1000 руб. 00 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**
Кассир	
Квитанция **Кассир**	**Ассоциация больных редкими и жизнеугрожающими заболеваниями «Спасти и сохранить»** (наименование получателя платежа) 1651078263 40703810862000000927 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) ПАО Сбербанк БИК 049205603 (наименование банка получателя платежа) Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810300000000603 **Членский взнос** (наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика) Ф.И.О. плательщика: Адрес плательщика: Сумма платежа: 1000 руб. 00 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**