|  |  |
| --- | --- |
|  | **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |