Извещение	*Форма № ПД-4* **МОО "Общество регенеративной медицины"** (наименование получателя платежа) 9729271319 40703810900001017608 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) ООО "Бланк банк", г.Москва БИК 044525801 (наименование банка получателя платежа) Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810645250000801 **Ежегодный членский взнос за 20____ г.** (наименование платежа) Ф.И.О. плательщика: Адрес плательщика: Сумма платежа: 1000_ руб. 00 коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____коп Итого _____ руб. _____ коп. "_____" _____ 20___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	**МОО "Общество регенеративной медицины"** (наименование получателя платежа) 9729271319 40703810900001017608 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) ООО "Бланк банк", г.Москва БИК 044525801 (наименование банка получателя платежа) Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810400000000225 **Ежегодный членский взнос за 20____ г.** (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. "_____" _____ 20___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	