

Извещение	<i>Форма № ПД-</i>	
	АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРЕВОДЧИКОВ	
	(наименование получателя платежа)	
	7716944940 40703810738000001694	
	(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)	
	ПАО СБЕРБАНК г.Москва БИК 044525225	
	(наименование банка получателя платежа)	
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810400000000225	
	Вступительный членский взнос	
	(наименование платежа)	
Кассир	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	
	АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРЕВОДЧИКОВ	
	(наименование получателя платежа)	
	7716944940 40703810738000001694	
	(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)	
ПАО СБЕРБАНК г.Москва БИК 044525225		
(наименование банка получателя платежа)		
Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810400000000225		
Вступительный членский взнос		
(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)		
Квитанция Кассир	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	