

Извещение	<i>Форма № ПД-4</i>
	РОО "Общество регенеративной медицины"
	<small>(наименование получателя платежа)</small>
	9729271319 40703810900001017608
	<small>(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)</small>
	Инвестиционный Банк "ВЕСТА" (ООО) г.Москва БИК 044525801
	<small>(наименование банка получателя платежа)</small>
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810645250000801
	Вступительный взнос
	<small>(наименование платежа)</small>
Ф.И.О. плательщика: _____	
Адрес плательщика: _____	
Сумма платежа: 1500 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	РОО "Общество регенеративной медицины"
	<small>(наименование получателя платежа)</small>
	9729271319 40703810900001017608
	<small>(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)</small>
	Инвестиционный Банк "ВЕСТА" (ООО) г.Москва БИК 044525801
	<small>(наименование банка получателя платежа)</small>
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810645250000801
	Вступительный взнос
	<small>(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)</small>
	Ф.И.О. плательщика: _____
Адрес плательщика: _____	
Сумма платежа: 1500 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	