0401060

Поступ. в банк плат. | Списано со сч. плат.

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № | Дата | **Электронно** Вид платежа | **01**

Сумма прописью

ИНН (плательщик)	**КПП (плательщик)**	Сумма	**7500-00**
Плательщик Плательщик		Сч.№	**Плательщик**
Плательщик Банк плательщика		БИК Сч.№	**Плательщик** **Плательщик**
ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЯБИНСК г.ЧЕЛЯБИНСК Банк получателя		БИК Сч.№	**047501001**
ИНН 7453135827	**КПП 745301001**	Сч.№	**40101810400000010801**
УФК по Челябинской области (Министерство здравоохранения Челябинской области) Получатель		Вид оп. Наз.пл. Код	**01**
		Срок плат. Очер.плат. Рез. поле	**5**

06010807081010300110	**75701000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины с оригинальной отметкой банка об исполнении платежа, государственная пошлина:

за предоставление лицензии - 7 500 рублей

Назначение платежа

Подписи | Отметки банка

М.П.

ОБРАЗЕЦ