|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Форма № ПД-4сб (налог) |
| Извещение | Наименование получателя платежа: |  |
|  | УФК по г. Москве (ФГБУ ЦР Минздрава России, л/с 20736Х76440) |
|  | **ИНН/КПП: 5046005868 / 775101001** |
|  | **Код ОКТМО: 45931000** |
|  |  **Номер счета получателя платежа: 03214643000000017300** |
|  | **Наим.банка: ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г.МОСКВЕ г.Москва** |
|  | БИК: **004525988** | КБК**: 00000000000000000130**к/с**: 40102810545370000003** |
|  | **Фамилия И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **Наименование платежа**: Медицинские услуги |
|  | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Итого к уплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  | Плательщик (подпись): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Форма № ПД-4сб (налог) |
| Извещение | Наименование получателя платежа: |  |
|  | УФК по г. Москве (ФГБУ ЦР Минздрава России, л/с 20736Х76440) |
|  | **ИНН/КПП: 5046005868 / 775101001** |
|  | **Код ОКТМО: 45931000** |
|  | **Номер счета получателя платежа:** **03214643000000017300** |
|  | **Наим.банка:** **ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г.МОСКВЕ г.Москва**  |
|  | **БИК:** **004525988** | **КБК: 00000000000000000130****к/с: 40102810545370000003** |
|  | **Фамилия И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **Наименование платежа**: Медицинские услуги |
|  | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Итого к уплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  | Плательщик (подпись): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |