

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ

РКЦ Салехард г. Салехард	БИК	047182000	
Банк получателя	Сч.№		
ИНН 8905018707	КПП 890501001	Сч.№	40601810800003000001
Департамент финансов ЯНАО (ГБУЗ ЯНАО "Ноябрьская ЦГБ" л/с 854.36.000.2)			
Получатель			
00000000000000000000130	71958000		

↑ ↑
КБК ОКТМО

В назначении платежа обязательно указывать:

(л/с 854.36.000.2), Плата за медицинские услуги (услуги по медицинскому осмотру), согласно счета, С/Ф №, от, по Договору №, от за месяц, год, в т.ч. НДС - сумма, (без НДС)

Поставщик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ямало-Ненецкий автономный округ "Ноябрьская центральная городская больница"

Адрес: 629806 Россия, Ямало-Ненецкий автономный округ, город Ноябрьск, улица Муравленко, дом 42-б

ИНН/КПП 8905018707/890501001

Расчетный счет 40601810800003000001

Банк Расчетно-кассовый центр Салехард г.Салехард, БИК 047182000

Получатель Департамент финансов ЯНАО (ГБУЗ ЯНАО "Ноябрьская ЦГБ" л/с 854360002)

С Ч Е Т № 146 от 15 апреля 2016 года

Покупатель: МАУ ДО ДШИ им.П.И. Чайковского

Адрес: 629807, ЯНАО, г.Ноябрьск, ул.Ленина 36

ИНН/КПП 8905021629/890501001

Наименование товара	Количество	Цена (Тариф) за единицу измерения*	Стоимость товаров (работ, услуг)
1	3	4	5
Оплата за медицинские услуги по периодическому медицинскому осмотру работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, согласно договора №126/мо от 15.04.2016г.:			
Всего к оплате:			124 851,00
НДС не облагается			

Сумма прописью: **Сто двадцать четыре тысячи восемьсот пятьдесят один рубль 00 копеек**

Главный бухгалтер

Заведующий отделением профилактических медицинских осмотров



(подпись)

(подпись)

С.Р.Моисеева

(расшифровка подписи)

Л.И. Петрова

(расшифровка подписи)

*л/с № 226
отт. 30%
537455,30*