

Внимание! Оплата данного счета означает согласие с условиями поставки товара. Уведомление об оплате обязательно, в противном случае не гарантируется наличие товара на складе. Товар отпускается по факту прихода денег на р/с Поставщика, самовывозом, при наличии доверенности и паспорта.

ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА		БИК	044525225
Банк получателя		Сч. №	30101810400000000225
ИНН 5050092951	КПП 505001001	Сч. №	40702810938000050721
Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры"			
Получатель			

## Счет на оплату № 379 от 09 августа 2017

**Поставщик:** Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры", ИНН 5050092951, КПП 505001001, 141141, Московская обл, Щелковский р-н, Райки д, Чеховская ул, дом № 1, тел.: 8-495-287-4949

**Грузоотправитель:** Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры", ИНН 5050092951, КПП 505001001, 141141, Московская обл, Щелковский р-н, Райки д, Чеховская ул, дом № 1, тел.: 8-495-287-4949

**Покупатель:** Региональная общественная организация поддержки социальной деятельности Русской Православной Церкви "Милосердие", ИНН 7706409126, КПП 770601001, г. Москва, Ленинский проспект д.8, корп.12

**Грузополучатель:** Региональная общественная организация поддержки социальной деятельности Русской Православной Церкви "Милосердие", ИНН 7706409126, КПП 770601001, г. Москва, Ленинский проспект д.8, корп.12

№	Товары (работы, услуги)	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	Медицинские услуги по реабилитации Сергеева С.А.	21	Сутки	15 030,00	315 630,00

**Итого:** 315 630,00  
**В том числе НДС:**  
**Всего к оплате:** 315 630,00

Всего наименований 1, на сумму 315 630,00 руб.

Триста пятнадцать тысяч шестьсот тридцать рублей 00 копеек

Руководитель Генеральный директор  
должность



Симакова А. С.  
расшифровка подписи

Главный (старший) бухгалтер

Усова Е. В.  
расшифровка подписи

Ответственный

извета Новикова  
расшифровка подписи

УВ ЖЕЛТЫЕ ПОКУПАТЕЛИ,  
 В НАЗНАЧЕНИИ ПЛАТЕЖА  
 ВАМ НЕОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗАТЬ  
 НОМЕР СЧЕТА, ФАМИЛИЮ,  
 ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА