

Извещение	Форма № ПД-4											
	Благотворительный фонд помощи детям с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями «Жизнь». (БФ «Жизнь»)											
	(наименование получателя платежа)											
	7715399731\771501001			40703810887030000002								
	(ИНН/КПП получателя платежа)			(номер счета получателя платежа)								
	Московский филиал ПАО РОСБАНК											
	(наименование филиала банка)											
	Кассир	107078, г.Москва, ул.Маши Порываевой, д.34										
		(адрес местонахождения Банка получателя:)										
		БИК 044525256			ИНН 7730060164							
		Корр.счет № 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу										
		Ф.И.О. плательщика _____										
		Адрес плательщика _____										

Благотворительное пожертвование для лечения Шердиловой Рохилы												
(наименование платежа)												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Дата</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 25%;">Сумма платежа:</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">руб.</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">коп</td> </tr> </table>						Дата		Сумма платежа:		руб.		коп
Дата		Сумма платежа:		руб.		коп						
Плательщик (подпись) _____												
Квитанция	Форма № ПД-4											
	Благотворительный фонд помощи детям с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями «Жизнь». (БФ «Жизнь»)											
	(наименование получателя платежа)											
	7715399731\771501001			40703810887030000002								
	(ИНН/КПП получателя платежа)			(номер счета получателя платежа)								
	Московский филиал ПАО РОСБАНК											
	(наименование филиала банка)											
	Кассир	107078, г.Москва, ул.Маши Порываевой, д.34										
		(адрес местонахождения Банка получателя:)										
		БИК 044525256			ИНН 7730060164							
		Корр.счет № 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу										
		Ф.И.О. плательщика _____										
		Адрес плательщика _____										

Благотворительное пожертвование для лечения Шердиловой Рохилы												
(наименование платежа)												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Дата</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 25%;">Сумма платежа:</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">руб.</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">коп</td> </tr> </table>						Дата		Сумма платежа:		руб.		коп
Дата		Сумма платежа:		руб.		коп						
Плательщик (подпись) _____												