

Извещение



Кассир

ООО "НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР"

(наименование получателя платежа)

7 7 0 1 0 0 1 2 3 4

(ИНН получателя платежа)

4 0 7 0 2 8 1 0 3 3 8 0 0 0 0 8 2 3 5 7

(номер счёта получателя платежа)

ПАО Сбербанк Москва

(наименование банка)

0 4 4 5 2 5 2 2 5

(БИК)

Кор./сч.: 3 0 1 0 1 8 1 0 4 0 0 0 0 0 0 0 2 2 5

Регистрационный взнос за участие в мероприятии "X Юбилейный Российский Конгресс по Эндоурологии и новым технологиям" Дата: 29-31 октября 2026 года
 Место проведения: Конгресс-центре Radisson Blu, г. Москва, ул. Ленинский проспект, 90/3

(наименование платежа)

Ф.И.О. плательщика: _____

Адрес плательщика: _____

Сумма платежа: **5 000.00 руб.** Сумма платы за услуги: _____

Итого: 5 000.00 руб. **Дата:** _____

С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т. ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Плательщик (подпись): _____

Квитанция

Кассир

ООО "НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР"

(наименование получателя платежа)

7 7 0 1 0 0 1 2 3 4

(ИНН получателя платежа)

4 0 7 0 2 8 1 0 3 3 8 0 0 0 0 8 2 3 5 7

(номер счёта получателя платежа)

ПАО Сбербанк Москва

(наименование банка)

0 4 4 5 2 5 2 2 5

(БИК)

Кор./сч.: 3 0 1 0 1 8 1 0 4 0 0 0 0 0 0 0 2 2 5

Регистрационный взнос за участие в мероприятии "X Юбилейный Российский Конгресс по Эндоурологии и новым технологиям" Дата: 29-31 октября 2026 года
 Место проведения: Конгресс-центре Radisson Blu, г. Москва, ул. Ленинский проспект, 90/3

(наименование платежа)

Ф.И.О. плательщика: _____

Адрес плательщика: _____

Сумма платежа: **5 000.00 руб.** Сумма платы за услуги: _____

Итого: 5 000.00 руб. **Дата:** _____

С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т. ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Плательщик (подпись): _____