**Квитанция для оплаты**

Внимание! При оплате обязательно указывать, что оплата производится за межрегиональную викторину ***«Тайны нашего тела»*** с указанием фамилии **участника**! Стоимость услуг индивидуального участия определяется на основе калькуляции расходов на проведение мероприятия и составляет 150 руб.

**Квитанция для оплаты через банк:**

|  |  |
| --- | --- |
| Извещение       **Кассир** | ***Форма № ПД-4***Департамент финансов ТО (ТОИПКРО) л/с 6109000148 |
| (наименование получателя платежа) |
| ИНН 7018017520 КПП 701701001 |   |   | Р/сч 03224643690000006500К/сч 40102810245370000058 |
| (ИНН / КПП  получателя платежа)     (номер счета получателя платежа) |
| в ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК БАНКА РОССИИ/УФК ТО |   | БИК 016902004 |
| (наименование банка получателя платежа) |
| Код субсидии 2000000815 Аналитическая группа 130 |
| **Кафедра РПМ, «Тайны нашего тела»** |
| (наименование платежа) |
| Ф.И.О. плательщика: |   |
| Адрес плательщика: |   |
| Сумма платежа: 150 руб. 00 коп. |
| “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. |
| С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись плательщика** |
| Извещение       **Кассир** | ***Форма № ПД-4***Департамент финансов ТО (ТОИПКРО) л/с 6109000148 |
| (наименование получателя платежа) |
| ИНН 7018017520 КПП 701701001 |   |   | Р/сч 03224643690000006500К/сч 40102810245370000058 |
| (ИНН / КПП  получателя платежа)     (номер счета получателя платежа) |
| в ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК БАНКА РОССИИ/УФК ТО |   | БИК 016902004 |
| (наименование банка получателя платежа) |
| Код субсидии 2000000815 Аналитическая группа 130 |
| **Кафедра РПМ, «Тайны нашего тела»** |
| (наименование платежа) |
| Ф.И.О. плательщика: |   |
| Адрес плательщика: |   |
| Сумма платежа: 150 руб. 00 коп. |
| “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. |
| С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Подпись плательщика** |