СВЕДЕНИЯ ОБ ОПЛАТЕ УСЛУГ

**Внимание**! При оплате обязательно указывать, что оплата производится за конкурс **«Мы за ЗОЖ»** с указанием фамилии **участника**! Стоимость услуг определяется на основе калькуляции расходов на проведение мероприятия и составляет 200 руб. за индивидуальную работу.

|  |  |
| --- | --- |
| Извещение       **Кассир** | ***Форма № ПД-4***Департамент финансов ТО (ТОИПКРО) л/с 6109000148 |
| (наименование получателя платежа) |
| ИНН 7018017520 КПП 701701001 |  |   |  р/с 03224643690000006500 |
| ( ИНН / КПП  получателя платежа )          ( номер счета получателя платежа ) |
| ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК БАНКА РОССИИ//УФК по Томской области г. Томск |  | БИК 016902004 |
| (наименование банка получателя платежа) |
| ОКТМО 69701000 Код субсидии 2000000815 Аналитическая группа 130 |
| **кафедра РПМ, «Мы за ЗОЖ»** |
| (наименование платежа) |
| Ф.И.О. плательщика: |  |
| Адрес плательщика: |   |
| Сумма платежа: 200 руб 00 коп. |
| “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 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/с 40601810400003000001 |
| ( ИНН / КПП  получателя платежа )        ( номер счета получателя платежа ) |
| ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК БАНКА РОССИИ//УФК по Томской области г. Томск |   | БИК 016902004 |
| (наименование банка получателя платежа) |
| ОКТМО 69701000 Код субсидии 2000000815 Аналитическая группа 130 |
| **кафедра РПМ, «Мы за ЗОЖ»** |
| (наименование платежа) |
| Ф.И.О. плательщика: |   |
| Адрес плательщика: |   |
| Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. |
| “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. |
| С условиями приёма указанной в платёжном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись плательщика** |