Извещение	*Форма № ПД-4* **НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ И ГРАЖДАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПОДДЕРЖКУ ЛИЦ С ЦЕЛИАКИЕЙ И С ИНТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮТЕНУ «ЖИЗНЬ БЕЗ ГЛЮТЕНА»** (наименование получателя платежа) ИНН **7811291554** КПП **781101001** **40703810855080000153** (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) **Северо-Западный банк ПАО «Сбербанк России» в г. Санк-Петербург** БИК **044030653** (наименование банка получателя платежа) Номер кор./сч. банка получателя платежа **30101810500000000653** ***Вступительный взнос*** (наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика) Ф.И.О. плательщика: Адрес плательщика: **Кассир** Сумма платежа: **100 руб.** 00 коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____коп Итого _____ руб. _____ коп. "_____" _____ 20___г. С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. **Подпись плательщика**
Квитанция	**НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ И ГРАЖДАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПОДДЕРЖКУ ЛИЦ С ЦЕЛИАКИЕЙ И С ИНТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮТЕНУ «ЖИЗНЬ БЕЗ ГЛЮТЕНА»** (наименование получателя платежа) ИНН **7811291554** КПП **781101001** **40703810855080000153** (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) **Северо-Западный банк ПАО «Сбербанк России» в г. Санк-Петербург** БИК **044030653** (наименование банка получателя платежа) Номер кор./сч. банка получателя платежа **30101810500000000653** ***Вступительный взнос*** (наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика) Ф.И.О. плательщика: Адрес плательщика: **Кассир** Сумма платежа: **100 руб.** 00 коп. Сумма платы за услуги: ____ руб. ____коп. Итого _____ руб. _____ коп. "_____"_____20___г. С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен. **Подпись плательщика**

При оплате Банком взимается комиссия.
Храните квитанцию в течении 3 лет с момента совершения платежа.
Благодарим за оплату