

(номер)

(дата)

33В	<b>СУММА И ВАЛЮТА</b>	30207,00 (сумма цифрами) Тридцать тысяч двести семь долларов США 00 центов (сумма прописью)	ISO-код USD
50а	<b>ПЛАТЕЛЬЩИК</b> наименование адрес город, страна	счет №: /40703840330060000006 BLAGOTVORITEL' NYU FOND POMOSHCHI DETYAM MARAFON 5 DNEY ИНН/КНО: 2366018797 45GK33, PASECHNAYA STREET, 354068 KRASNODAR,RU	
56а	<b>БАНК-ПОСРЕДНИК</b> наименование адрес город, страна	SWIFT-код: _____ Клик. код: _____	
57а	<b>БАНК БЕНЕФИЦИАРА</b> кор. счет № наименование адрес город, страна	SWIFT-код: POALILIT Клик. код: _____ BANK HAPCALIM B.M. 50 ROTHSCHILD BOULEVARD TEL-AVIV,IL	
59а	<b>БЕНЕФИЦИАР</b> наименование адрес город, страна	счет № (IBAN): /IL290125670000000130533 TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER 4, WEIZMAN ST. 64239 TEL-AVIV,IL	
70	<b>НАЗНАЧЕНИЕ ПЛАТЕЖА</b>	PAYMENT FOR COST ESTIMATION NO 3805 5-02 PATIENT NAME POLINA DUDKO PAT ENT NO 4321381	
71А	<b>ПЛАТА ЗА УСЛУГИ БАНКА И РАСХОДЫ</b>	BEN <input type="checkbox"/> SHA <input type="checkbox"/> OUR <input checked="" type="checkbox"/>	(отметить один из возможных вариантов)
72	<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ</b>	FULLPAY/	
77В	<b>ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РЕГУЛИРУЮЩИХ ОРГАНОВ</b>		
С курсом проведения конверсионной операции согласны		<input type="checkbox"/>	(при необходимости осуществить отметку)
С услугой FULLPAY согласны		<input checked="" type="checkbox"/>	(при необходимости осуществить отметку)
Условия использования услуги FULLPAY (гарантированного поступления платежа в банк бенефициара в полной сумме):			
* платеж осуществляется		в другую кредитную организацию;	
* платеж должен быть		в долларах США;	
* в поле 71А		должно быть указано кодовое слово <b>OUR</b>	
<b>Информация для валютного контроля</b>			
3 7 6 - код страны банка получателя платежа			
ПС №	3 8 0 5 5 - 0 2	Код вида валютной операции	7 0 1 0 0

РУКОВОДИТЕЛЬ  
ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР

Шляжко Юлия Александровна

ОТМЕТКИ БАНКА

М.П.

ПАО Сбербанк  
Филиал Публичного акционерного общества "Сбербанк  
России" - Центральное отделение № 1806

046015602  
ИСПОЛНЕНО  
18.02.2020

\* Данное распоряжение действительно для предъявления в Банк в течение 10 календарных дней со дня составления

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕВОД  
PAYMENT ORDER**

Дата/Date 11.06.2020

**НОМЕР  
NUMBER 1**

<p>:50: КЛИЕНТ / CLIENT Имя клиента / Client's name and Address BLAGOTVORITELNYI FOND POMOSCHI DETYAM 'MARAFON 5 DNEI' UL. PASECHNAYA, D. 45G, KV./OF. 33 SOCHI, RUSSIA ИНН (INN) / КИО (KIO) 2366018797</p>	<p>ЗАПОЛНЯЕТСЯ БАНКОМ Банк-корреспондент :30: Дата валютирования 15.06.2020 Подписи ответственных лиц Банка</p>
<p>:32: ПЛАТИТЬ / PAY USD 34600.00 Валюта перевода Сумма цифрами Payment currency Numerical amount</p>	<p>Сумма прописью / Amount in words Тридцать четыре тысячи шестьсот долларов США 00 центов</p>
<p>Платеж осуществляется с нашего счета Номер/ Please debit our account No: 40703 840 5261 7000 0004</p>	
<p>:71: Комиссии и расходы за перевод / Commission for the funds transfer (отметьте один из возможных вариантов) OUR за наш счет / from our account (OUR)     за счет получателя / from beneficiary (BEN)     комиссия АО «АЛЬФА-БАНК» за наш счет, комиссии сторонних банков за счет получателя / Alfa Bank's commission from our account, commissions of intermediary banks from beneficiary (SHA)    </p> <p>Комиссию за наш счет списать / Commission «from our account» should be debit: с нашего расчетного счета в иностранной валюте _____ / from our current a/c in foreign currency № с нашего счета в валюте РФ 40703 810 3261 7000 0137 / from our current a/c in RUR currency № иное / other _____</p> <p><b>Мы согласны, что при возникновении комиссий сторонних банков, эти комиссии могут быть удержаны сторонними банками из суммы перевода, либо списаны АО «АЛЬФА-БАНК» с любого из наших расчетных счетов в валюте РФ или иностранной валюте, открытых в Банке, при поступлении соответствующих документов сторонних банков / We agree that the commissions of intermediary banks, if there are some, can be deducted by these banks from the amount of transfer, or be deducted by AO «ALFA BANK» from any of our accounts / current accounts upon receipt the relevant documents from intermediary banks.</b></p>	
<p>:56: БАНК-КОРРЕСПОНДЕНТ БАНКА ПОЛУЧАТЕЛЯ (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН) / CORRESPONDENT BANK OF BENEFICIARY'S BANK ( IF KNOW ) Наименование банка / Bank name Адрес / Address S.W. I. F.T. / BIC код / code или /or Клиринговый код / CLEARING Code (FW/FEDWIRE/ABA No/Sort Code/Etc.)</p>	
<p>:57: БАНК ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЕРЕВОДА / BENEFICIARY BANK Наименование банка / Bank name BANK NAPOALIM B.M. * КОД СТРАНЫ БАНКА ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЛАТЕЖА / COUNTRY CODE OF THE BENEFICIARY'S BANK 376 Адрес / Address ISRAEL TEL-AVIV 50 ROTHSCHILD BOULEVARD Счет в банке-корресп. / Acc with corresp. bank S.W. I. F.T. /BIC код / code POALILITXXX или /or Клиринговый код / CLEARING Code (FW/FEDWIRE/ABA No/Sort Code/Etc.)</p>	
<p>:59: ПОЛУЧАТЕЛЬ ПЕРЕВОДА / BENEFICIARY Имя и адрес получателя / Beneficiary's name and address TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER Адрес / Address 4, WEIZMAN ST. 64239 TEL-AVIV,IL При отсутствии наименования и адреса получателя (города, страны), Заявление к исполнению не принимается / In absence of the name and address of the beneficiary (city, country), payment order will not be accepted. Счет получателя номер/ Beneficiary Acc No. или/ or IBAN (если известен/ if known) IL290125670000000130533 IBAN должен быть указан без пробелов, знаков препинания и без аббревиатуры «IBAN». / IBAN should be specified without spaces, punctuation and abbreviations «IBAN»</p>	

:70: ИНФОРМАЦИЯ О ПЕРЕВОДЕ / REMITTANCE INFORMATION  
PAYMENT FOR COST ESTIMATION NO 3805  
5-09 PATIENT NAME POLINA DUDKO PATI  
ENT NO 4321381 CONTRACT 5 FOR 20/05/20

**\*\* Внимание!** Поле 70 "Информация о платеже" должно быть заполнено только на английском языке с обязательным указанием назначения платежа, содержащим суть операции. Платежи, оформленные с нарушением данного требования, будут возвращены без исполнения. Данное требование не распространяется на Заявления при переводе средств в ограниченно конвертируемой валюте, а именно: казахские тенге, белорусские рубли, украинские гривны. В случае указания Клиентом неполной или неточной информации Банк не несет ответственности за сроки прохождения платежа.

Field 70 "Remittance Information" should be filled in English only, with mandatory specifying of payment details, purpose of transaction and name of product / provided service. Payments initiated with violation of this requirement will be returned. This requirement doesn't extend to payment's order for partially convertible currency namely KZT, BYR, UAH. In case of not full or not correct information for accomplishing of payment Bank is not responsible for terms of payment.

:72: ИНФОРМАЦИЯ ОТПРАВИТЕЛЯ ПОЛУЧАТЕЛЮ / SENDER TO RECEIVER INFORMATION

**Внимание!** Данное поле не предназначено для указания в нем назначения платежа. При необходимости отправки платежа в долларах США с гарантированной доставкой в полной сумме должно быть указано кодовое слово /FND/ в начале первой строки данного поля. При заполнении поля взимается комиссия в соответствии с Тарифами Банка.

#### ПОРУЧЕНИЕ/ORDER

Настоящим Клиент поручает АО «АЛЬФА-БАНК» самостоятельно произвести транслитерацию, представляющую собой процесс простого замещения букв русского алфавита на соответствующие буквы или сочетания букв английского алфавита, по правилам, установленным в Банке, информации в полях настоящего Заявления, кроме поля 70 "Информация о платеже", заполненных Клиентом кириллицей, содержание которых подлежит передаче по каналам SWIFT. В связи с исполнением настоящего поручения АО «АЛЬФА-БАНК» не несет ответственность за изменение срока перевода иностранной валюты по настоящему Заявлению Клиента.

The Client hereby entrusts AO «ALFA BANK» to make transliteration, which is the process of a simple replacement of the Russian alphabet letters with corresponding letters or combinations of the English alphabet letters according to the rules established by the Bank, of the information contained in the fields hereunder and filled in by the Client with Cyrillic, except field 70 "Remittance Information", which is to be transmitted by SWIFT channels. In connection with the present order execution AO «ALFA BANK» shall not be held liable for the change in dates of the foreign currency transfer under the present Client's order.

\* - Указывается в соответствии с Общероссийским классификатором стран мира ОК 025-2001/ To be indicated in accordance with the All-Russian classifier of the countries worldwide ОК-025-2001.

\*\* - Указание Клиентом неполной или неточной информации, и/или общих формулировок, например, «Платеж по инвойсу», «Платеж за товары/работы/услуги», может стать основанием для проведения дополнительных проверок со стороны Банка и явиться причиной задержек или отказа в исполнении платежа.

АО «АЛЬФА-БАНК»

ОО "Улица Конституции"

354000, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Конституции СССР, д. 18  
к/сч 30101 810 5000 0000 0207 в ОТДЕЛЕНИЕ РОСТОВ-НА-ДОНУ

БИК 046015207 ИНН 7728168971

ИСПОЛНЕНО

15.06.2020

Документ передан в электронном виде