

Заявление на перевод в иностранной валюте
Application for International Funds Transfer



№ 2 от 18.04.2024

ПЕРЕВОДОДАТЕЛЬ (почтовый адрес, город) / APPLICANT (address, city)	BLAGOTVORITEL'NY FOND POMOSHCHI DETYAM MARAFON 5 DNEI PASECHNAYA UL., 45G-33 354068, SOCHI G, RF		
ИНН, КИО / TIN, KIO	2366018797		
Просим дебетовать наш счет № / Please Debit our Account #	40703840926000000014		
Сумма к списанию (цифрами и прописью) / Amount to debit (in figures and in writing)	50720.00 fifty thousand seven hundred twenty US dollars	Наименование валюты / Currency	USD
Сумма платежа (цифрами и прописью) / Amount to pay (in figures and in writing)	50720.00 fifty thousand seven hundred twenty US dollars	Наименование валюты / Currency	USD
БАНК ПЕРЕВОДОДАТЕЛЯ / APPLICANT'S BANK	Yuzhny filial AO "Raiffeisenbank"		
Ответственное лицо по сделке / Applicant's Contact Person	Shlyazhko Yuliya Aleksandrovna 8967-555-02-62		
БАНК-ПОСРЕДНИК (адрес, город, страна) / INTERMEDIARY BANK (address, city, country)			
SWIFT либо иной банковский код / SWIFT or another Bank Identifier			
№ счета Банка Бенефициара в Банке Посреднике / Account # of Beneficiary Bank			
БАНК БЕНЕФИЦИАРА (адрес, город, страна) / BENEFICIARY BANK (address, city, country)	BANK NAPOALIM B.M. 50 , ROTHSCHILD BOULEVARD TEL AVIV, IL		
SWIFT БАНКА БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY BANK SWIFT	POALILITXXX	Иной банковский код / Another Bank Identifier	
№ счета БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY Account # / IBAN для платежей в страны ЕС / IBAN for payments to EU	IL680120630000000220423		
SWIFT БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY SWIFT			
БЕНЕФИЦИАР (адрес, город, страна) / BENEFICIARY (address, city, country)	Schneider Children Medical Center of Israel 14 Kaplan St. Petach Tikva, IL		
Назначение платежа / Details of Payments	PAYMENT FOR COST ESTIMATION DATA 21/02/24 PATIENT NAME PALIVODA TIMOFEL/Contracts N 42 of 29.02.2024		
Дополнительная информация / Additional Information			
Счет для списания комиссий за перевод / Account to be charged	407038104260000000667		
v OUR Все комиссии за наш счет /All charges from our account BEN Все комиссии отнести за счет получателя /To be paid by Beneficiary SHA Комиссия Банка за наш счет, комиссии 3-х банков за счет бенефициара /Bank's commission from our account, 3d bank fee to be paid by Beneficiary			

Заявление на перевод заполняется на английском языке либо латинским шрифтом. Application for funds transfer is to be filled in English or Latin transliteration.

№ п/п	Код вида операции / Currency transaction code	Код валюты платежа / Payment Currency	Сумма платежа / Payment Amount	Номер УК или номер и (или) дата договора (контракта)	Код валюты цены контракта / Contract Currency	Сумма в валюте цены контракта / Contract Amount	Ожидаемый срок / Expected Date	Срок возврата аванса / Return period
1	99090	840	50720.00	42	null			

ГТД	
Платеж в пользу / Payment in favour of	резидента / resident v нерезидента / non-resident
Код вида услуг / Services code	
Код страны банка получателя платежа / Beneficiary Bank Country Code	376
Дополнительная информация для ВК/ Additional information for Currency Control purposes	

	Южный филиал АО "Райффайзенбанк" к/с 30101810900000000556 БИК 040349556 18 АПР 2024 ИСПОЛНЕНО
--	---

Вложения:

Имя файла	Размер	Дата создания	Комментарий
Счет .pdf	414935	18.04.2024	null
Перевод .pdf	482075	18.04.2024	null
Doc.pdf	174633	18.04.2024	null
Doc - 1.pdf	1852995	18.04.2024	null

Получено по Системе Электронных Платежей с использованием средств криптографической защиты.