

Передплатний купон

П.І.Б. _____

Спеціальність _____

Адреса, на яку Ви бажаєте отримувати журнал «Дитячий лікар»:

вул. _____ буд. _____ кв. _____

місто (район, область) _____ індекс _____

Контактний телефон (мобільний/домашній/службовий із зазначенням коду міста) _____

Електронна адреса _____

Уся інформація залишається конфіденційною. Цим підтверджую свою згоду на використання моїх персональних даних редакцією журналу «Дитячий лікар» із метою розсилки. Власник персональних даних має право відхилити цю угоду, відправивши письмове повідомлення на адресу редакції.



ПОВІДОМЛЕННЯ

Одержувач платежу

ТОВ
«Інфомедіа ЛТД»

Рахунок одержувача 26004637173800

Код ЄДРПОУ

38391807

Банк одержувача: ПАТ «УкрСиббанк»
МФО 351005

Платник _____

П.І.Б.

Поштовий індекс й адреса платника _____

Вид платежу	Дата	Сума, грн
Передплата на журнал «Дитячий лікар» на 2019 р.		480,00

Підпис платника _____

Касир

КВИТАНЦІЯ

Одержувач платежу

ТОВ
«Інфомедіа ЛТД»

Рахунок одержувача 26004637173800

Код ЄДРПОУ

38391807

Банк одержувача: ПАТ «УкрСиббанк»
МФО 351005

Платник _____

П.І.Б.

Поштовий індекс й адреса платника _____

Вид платежу	Дата	Сума, грн
Передплата на журнал «Дитячий лікар» на 2019 р.		480,00

Підпис платника _____

Касир