

Wpłata gotówkowa / Polecenie przelewu

nazwa odbiorcy	
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego	
nazwa i adres odbiorcy cd.	
Ul. Dąbrowskiego 46, 95-200 Pabianice	
L K	numer banku odbiorcy
7 6 1 4 4 0 1	2 4 4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 8 3 1 5 3 4
numer rachunku odbiorcy	
kwota	
W P P L N	
numer rachunku bankowego zleceniodawcy - polecenie przelewu	
nazwa i adres zleceniodawcy	
nazwa i adres zleceniodawcy cd.	
tytułem	
D a r o w i z n a n a c e l e s t a t u t o w e	
tytułem cd.	
S t o w a r z y s z e n i a	
14. data, pieczęć, podpis (y) zleceniodawcy	
opłata	
podpis	
OPRACOWANIE: ANTON POLSKA 42 640-11-75	

Odcinek dla banku zleceniodawcy

Wpłata gotówkowa / Polecenie przelewu

nazwa odbiorcy	
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego	
nazwa i adres odbiorcy cd.	
Ul. Dąbrowskiego 46, 95-200 Pabianice	
L K	L K
7 6 1 4 4 0 1	2 4 4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 8 3 1 5 3 4
numer rachunku odbiorcy	
kwota	
W P P L N	
numer rachunku bankowego zleceniodawcy - polecenie przelewu	
nazwa i adres zleceniodawcy	
nazwa i adres zleceniodawcy cd.	
tytułem	
D a r o w i z n a n a c e l e s t a t u t o w e	
tytułem cd.	
S t o w a r z y s z e n i a	
14. data, pieczęć, podpis (y) zleceniodawcy	
opłata	
podpis	
OPRACOWANIE: ANTON POLSKA 42 640-11-75	

Odcinek dla zleceniodawcy