Приложение №3В

Поручение на перечисление денежных средств

с Индивидуального инвестиционного счета1

(для использования при наступлении особой жизненной ситуации)

№ \_\_\_\_ от\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_г.

Сведения о клиенте:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Инвестиционный счет №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № и дата договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу перечислить на указанный ниже счет денежные средства, учитываемых на Индивидуальном инвестиционном счете в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Все сведения ниже указываются в отношении медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), которой (которому) осуществляется выплата денежных средств в счет оплаты дорогостоящего вида лечения*

Перечислить на

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/Счет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Наименование Банка получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| БИК Банка получателя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ИНН получателя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дополнительные реквизиты

Полное наименование (полное фирменное наименование) медицинской организации ИЛИ фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность:

Дата и номер договора (при наличии) с медицинской организацией (индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность):

Идентификационный Номер Налогоплательщика:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Особая жизненная ситуация | | | | Х |
| Налоговый статус в России 2: | | | | | резидент | | | | нерезидент |
| Дата: |  | Подпись: | | | |  | ФИО: |  | |

*Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(-а).*

*Обязуюсь предоставить копию справки или медицинское заключение, выданные в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений, утвержденным приказом Минздрава России от 14 сентября 2020 года N 972н1, медицинской организацией (индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность), которой (которому) осуществляется выплата в счет оплаты дорогостоящего вида лечения одновременно с направлением настоящего поручения.*

*О необходимости повторного предоставления документов для осуществления выплаты денежных средств в случае представления документов не в полном объеме (составе) и (или) документов, не содержащих обязательные сведения предупрежден(-а).*

Служебные отметки

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата получения уведомления** | **Время получения уведомления** | **Сотрудник, принявший уведомление** |
| «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ | \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |