

АНКЕТА

ПІБ _____
 Спеціальність _____
 Адреса, на яку ви бажаєте отримувати журнал:
 Вул. _____ буд. _____ кв. _____
 Місто (район, область) _____ індекс _____
 Контактний телефон (мобільний, домашній, робочий з зазначенням коду міста): _____

Увага! Підписка дійсна лише після надходження в редакцію квитанції і купона про сплату (або їх копій)!

Заява на переказ коштів:	Дата здійснення операції :																													
	Сума:		195,00																											
	Платник:																													
	Місце проживання:																													
	Отримувач:		Назва: ТОВ «Стенліз»																											
	Код:		Розрахунковий рахунок:						МФО банку:																					
			ПАТ КБ "ПРИВАТБАНК"																											
			4	0	8	5	0	3	6	0	2	6	0	0	0	0	5	2	6	7	0	8	3	4	3	2	0	6	4	9
	Призначення платежу:		Підписка на журнал «Слово о Здравье» на 2018 рік (3 номери)																											
	Платник:		Контролер:				Бухгалтер:				Касир:																			
Квитанція	Дата здійснення операції :																													
	Сума:		195,00																											
	Платник:																													
	Місце проживання:																													
	Отримувач:		Назва: ТОВ «Стенліз»																											
	Код:		Розрахунковий рахунок:						МФО банку:																					
			ПАТ КБ "ПРИВАТБАНК"																											
			4	0	8	5	0	3	6	0	2	6	0	0	0	0	5	2	6	7	0	8	3	4	3	2	0	6	4	9
	Призначення платежу:		Підписка на журнал «Слово о Здравье» на 2018 рік (3 номери)																											
	Платник:		Контролер:				Касир:																							

* Вся інформація залишається конфіденційною..Цим підтверджую свою згоду на використання моїх персональних даних редакцією журналу «Слово О здоровье» з ціллю розсилки. Власник персональних даних має право відхилити дане згоду, відправивши письмове повідомлення на адрес редакції.