|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2017 год** | | | |
| **Сума:** | **480грн.00коп.** | | |
| **Платник:** | П І Б | | |
| **Місце проживання:** |  | | |
|  | | |
| **Отримувач:** | **Назва:** **Національна асоціація адвокатів України** | | |
| **Назва банку отримувача:** | ПАТ "Діамантбанк" | | |
| **Код ЄДРПОУ:** | **Розрахунковий рахунок:** | | **МФО банку:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 3 | 8 | 4 | 8 | 8 | 4 | 3 | 9 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 2 | 6 | 0 | 0 | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 3 | 2 | 0 | 8 | 5 | 4 | |
| **Призначення платежу:** | **; 30%** щорічного внеску адвоката на забезпечення реалізації адвокатського самоврядування **за 2017** рік. | | |
| **Платник:** | **Контролер:** | **Бухгалтер:** | **Касир:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата здійснення операції:** | | | |
| **Сума:** | **1008грн.00коп.** | | |
| **Платник:** | П І Б | | |
| **Місце проживання:** |  | | |
|  | | |
| **Отримувач:** | **Назва:** **Рада адвокатів Одеської області** | | |
| **Назва банку отримувача:** | ПАТ "Райффайзен Банк Аваль" | | |
| **Код ЄДРПОУ:** | **Розрахунковий рахунок:** | | **МФО банку:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 3 | 8 | 4 | 7 | 8 | 5 | 2 | 6 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 2 | 6 | 0 | 0 | 4 | 4 | 4 | 7 | 7 | 8 | 6 |  |  | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 3 | 8 | 0 | 8 | 0 | 5 | |
| **Призначення платежу:** | **; %** внеску адвоката на забезпечення реалізації адвокатського самоврядування **за 2017** рік. | | |
| **Платник:** | **Контролер:** | **Бухгалтер:** | **Касир:** |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата здійснення операції** | | | |
| **Сума:** | **112 грн.00коп** | | |
| **Платник:** | П І Б | | |
| **Місце проживання:** |  | | |
|  | | |
| **Отримувач:** | **Назва:** **Кваліфікаційно-дисциплінарна комісія адвокатури Одеської обл.** | | |
| **Назва банку отримувача:** | ПАТ "Марфін Банк" у м.Іллічівськ | | |
| **Код ЄДРПОУ:** | **Розрахунковий рахунок:** | | **МФО банку:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 2 | 3 | 8 | 6 | 1 | 0 | 2 | 9 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 2 | 6 | 0 | 0 | 4 | 2 | 1 | 1 | 6 | 8 | 1 |  |  | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 3 | 2 | 8 | 1 | 6 | 8 | |
| **Призначення платежу** | **; %** внеску адвоката на забезпечення реалізації адвокатського самоврядування **за 2017** рік. | | |
| **Платник:** | **Контролер:** | **Бухгалтер:** | **Касир:** |