

Polecenie przelewu / Wpłata gotów kowa

nazwa odbiorcy
STOWARZYSZENIE POLSKA MISJA MEDYCZNA

nazwa odbiorcy cd.
UL . REJTANA 2 , 30 - 510 KRAKÓW

I.k. nr rachunku odbiorcy
6 2 1 2 4 0 2 2 9 4 1 1 1 1 0 0 0 0 3 7 1 8 5 4 4 4

W X P L N kwota

kwota słownie

nazwa zlecaniodawcy

nazwa zlecaniodawcy cd.

tytułem
P M M A K C J A S P E C J A L N A

tytułem cd.

Oplata

Podpis

Polecenie przelewu / Wpłata gotów kowa

nazwa odbiorcy
STOWARZYSZENIE POLSKA MISJA MEDYCZNA

nazwa odbiorcy cd.
UL . REJTANA 2 , 30 - 510 KRAKÓW

I.k. nr rachunku odbiorcy
6 2 1 2 4 0 2 2 9 4 1 1 1 1 0 0 0 0 3 7 1 8 5 4 4 4

W X P L N kwota

kwota słownie

nazwa zlecaniodawcy

nazwa zlecaniodawcy cd.

tytułem
P M M A K C J A S P E C J A L N A

tytułem cd.

Oplata

Podpis