

Заявление на перевод в иностранной валюте
Application for International Funds Transfer



№ 9 от 24.04.2024

ПЕРЕВОДОДАТЕЛЬ (почтовый адрес, город) / APPLICANT (address, city)	BF VERA V DETSTVO BF 1-I SOKOLOVOGORSKII PROEzd, 7-53 410038, SARATOV G, RF		
ИНН, КИО / TIN, KIO	6450097762		
Просим дебетовать наш счет № / Please Debit our Account #	40703840023000000066		
Сумма к списанию (цифрами и прописью) / Amount to debit (in figures and in writing)	166954.57 one hundred sixty-six thousand nine hundred fifty-four US dollars and fifty- seven cents	Наименование валюты / Currency	USD
Сумма платежа (цифрами и прописью) / Amount to pay (in figures and in writing)	166954.57 one hundred sixty-six thousand nine hundred fifty-four US dollars and fifty- seven cents	Наименование валюты / Currency	USD
БАНК ПЕРЕВОДОДАТЕЛЯ / APPLICANT'S BANK	Povolzhsky filial AO "Raiffeisenbank"		
Ответственное лицо по сделке / Applicant's Contact Person	Aliyeva Aygyun Yagubovna 89370212961		
БАНК-ПОСРЕДНИК (адрес, город, страна) / INTERMEDIARY BANK (address, city, country)			
SWIFT либо иной банковский код / SWIFT or another Bank Identifier			
№ счета Банка Бенефициара в Банке Посреднике / Account # of Beneficiary Bank			
БАНК БЕНЕФИЦИАРА (адрес, город, страна) / BENEFICIARY BANK (address, city, country)	BANK OF AMERICA, N.A. 222 BROADWAY NEW YORK, US		
SWIFT БАНКА БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY BANK SWIFT	BOFAUS3NXXX	Иной банковский код / Another Bank Identifier	
№ счета БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY Account # / IBAN для платежей в страны ЕС / IBAN for payments to EU	004640544786		
SWIFT БЕНЕФИЦИАРА / BENEFICIARY SWIFT			
БЕНЕФИЦИАР (адрес, город, страна) / BENEFICIARY (address, city, country)	CHILDRENS HOSPITAL CORPORATION 300 LONGWOOD AVE BOSTON MA 02115 Boston, US		
Назначение платежа / Details of Payments	Advance Payment for the operation to the Patient:Kudriavtsev Kirill OFAC licensenumber:MUL202412086581//Contracts N w/o number of 28.11.2023		
Дополнительная информация / Additional Information			
Счет для списания комиссий за перевод / Account to be charged	40703810823000001211		
v OUR Все комиссии за наш счет /All charges from our account BEN Все комиссии отнести за счет получателя /To be paid by Beneficiary SHA Комиссия Банка за наш счет, комиссии 3-х банков за счет бенефициара /Bank's commission from our account, 3d bank fee to be paid by Beneficiary			

Заявление на перевод заполняется на английском языке либо латинским шрифтом. Application for funds transfer is to be filled in English or Latin transliteration.

№ п/п	Код вида операции / Currency transaction code	Код валюты платежа / Payment Currency	Сумма платежа / Payment Amount	Номер УК или номер и (или) дата договора (контракта)	Код валюты цены контракта / Contract Currency	Сумма в валюте цены контракта / Contract Amount	Ожидаемый срок / Expected Date	Срок возврата аванса / Return period
1	99090	840	166954.57	БН	null			

ГТД	
Платеж в пользу / Payment in favour of	резидента / resident v нерезидента / non-resident
Код вида услуг / Services code	
Код страны банка получателя платежа / Beneficiary Bank Country Code	840
Дополнительная информация для ВК/ Additional information for Currency Control purposes	

	Поволжский филиал АО "Райффайзенбанк" к/с 30101810300000000847 БИК 042202847 24 АПР 2024 ПРИНЯТО
--	---

Вложения:

Имя файла	Размер	Дата создания	Комментарий
OFAC_Wire_Instructions_Sheet - _Kudriavtsev_Kirill_MRN_5693218 _04_19_24 - _Vera_v_Detstvo.pdf	220491	24.04.2024	null
Dr.pdf	94617	24.04.2024	null
заявление на для перевода в иностраные клиники.pdf	315527	24.04.2024	null
Package_Change_- _Global_Financial_Letter_11.pdf	177219	24.04.2024	null
License_MUL-2024-1208658- 1_3_24_24.pdf	308558	24.04.2024	null

Получено по Системе Электронных Платежей с использованием средств криптографической защиты.