

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa	nazwa odbiorcy		Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce,	
	nazwa odbiorcy cd.		00-209 Warszawa, ul. Muranowska 1	
	numer rachunku odbiorcy		3 4 1 2 4 0 5 9 8 9 1 1 1 1 0 0 0 0 4 7 6 5 4 8 9 1	
	numer rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)		WP * PLN	Kwota 7 0 , -
	nazwa zleceniodawcy			
	nazwa zleceniodawcy cd.			
	tytuł wpłaty			
	tytuł wpłaty cd.			
	Pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy		Oplata	
			Podpis	

Odcinek dla odbiorcy

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa	nazwa odbiorcy		Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce,	
	nazwa odbiorcy cd.		00-209 Warszawa, ul. Muranowska 1	
	numer rachunku odbiorcy		3 4 1 2 4 0 5 9 8 9 1 1 1 1 0 0 0 0 4 7 6 5 4 8 9 1	
	numer rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)		WP * PLN	Kwota 7 0 , -
	nazwa zleceniodawcy			
	nazwa zleceniodawcy cd.			
	tytuł wpłaty			
	tytuł wpłaty cd.			
	Pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy		Oplata	
			Podpis	

Odcinek dla zleceniodawcy