

Polecenie przelewu / Wpłata gotówkowa	nazwa odbiorcy	Instytut Profilaktyki i Leczenia Zintegrowanego																									
	nazwa odbiorcy cd.	ul. Bosa 4/6, lok. 24, 60-125 Poznań																									
	nr rachunku odbiorcy	3	3	1	0	9	0	1	4	6	3	0	0	0	0	0	0	0	1	4	8	3	2	8	4	4	2
		W	P		P	L	N	kwota																			
	kwota słownie																										
	nazwa zleceniodawcy																										
	nazwa zleceniodawcy cd.																										
	tytułem	D a r o w i z n a																									
	tytułem cd.																										
																	Oplata										
Polecenie przelewu / Wpłata gotówkowa	nazwa odbiorcy	Instytut Profilaktyki i Leczenia Zintegrowanego																									
	nazwa odbiorcy cd.	ul. Bosa 4/6, lok. 24, 60-125 Poznań																									
	nr rachunku odbiorcy	3	3	1	0	9	0	1	4	6	3	0	0	0	0	0	0	0	1	4	8	3	2	8	4	4	2
		W	P		P	L	N	kwota																			
	kwota słownie																										
	nazwa zleceniodawcy																										
	nazwa zleceniodawcy cd.																										
	tytułem	D a r o w i z n a																									
	tytułem cd.																										
																	Oplata										