

Продолжается подписка  
на 2021 г. через издательство  
ЗАО «РКИ Северо пресс»

12 месяцев (четыре журнала в год) 1900 руб.  
6 месяцев (два журнала в полугодие) 950 руб.  
3 месяца (один журнал) 475 руб.

Подписной индекс  
в каталоге «Пресса России»

**29662**  
на полугодие

**11878**  
на год

www.annaly-nevrologii.ru

# Анналы

клинической и экспериментальной

# НЕВРОЛОГИИ

ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

## БЛАНК-ЗАКАЗ на 2021 год

Название организации (или ФИО) \_\_\_\_\_

Адрес (с почтовым индексом) \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Номера журналов: (1, 2, 3, 4)     нужное отметить

Отправьте заполненный бланк-заказ и квитанцию, оплаченную в любом отделении Сбербанка РФ (или их копию) по адресу: **125130, Москва, 4-й Новоподмосковный пер., д. 4, ЗАО «РКИ Северо пресс»**, тел.: **(499) 159-98-47** или по E-mail: **soveropress@bk.ru**

Извещение

**ЗАО «РКИ Северо пресс»**

Форма № ПД-4  
КПП: **770401001**

(наименование получателя платежа)  
**7 7 0 4 1 9 3 7 2 1** **4 0 7 0 2 8 1 0 5 0 0 1 7 0 0 0 4 0 7**  
(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)

в **ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО) Г. МОСКВА** БИК **0 4 4 5 2 5 4 1 1**  
(наименование банка получателя платежа)

Номер кор./сч. банка получателя платежа **3 0 1 0 1 8 1 0 1 4 5 2 5 0 0 0 4 1 1**

**Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии»**

(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)

Ф.И.О. плательщика \_\_\_\_\_

Адрес плательщика \_\_\_\_\_

Сумма платежа \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. Сумма платы за услуги \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

Итого \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Подпись плательщика \_\_\_\_\_

Кассир

Квитанция

**ЗАО «РКИ Северо пресс»**

КПП: **770401001**

(наименование получателя платежа)  
**7 7 0 4 1 9 3 7 2 1** **4 0 7 0 2 8 1 0 5 0 0 1 7 0 0 0 4 0 7**  
(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)

в **ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО) Г. МОСКВА** БИК **0 4 4 5 2 5 4 1 1**  
(наименование банка получателя платежа)

Номер кор./сч. банка получателя платежа **3 0 1 0 1 8 1 0 1 4 5 2 5 0 0 0 4 1 1**

**Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии»**

(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)

Ф.И.О. плательщика \_\_\_\_\_

Адрес плательщика \_\_\_\_\_

Сумма платежа \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. Сумма платы за услуги \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

Итого \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Подпись плательщика \_\_\_\_\_

Кассир