

ДІТЯЧИЙ Лікар

видання для лікаря-практика

ШАНОВНІ ЧИТАЧІ!

ЗІ ЗНИЖКОЮ

Передплата журналу на 2021 рік
304,00 грн на рік
152,00 грн на півріччя

20%**ДЛЯ РЕДАКЦІЙНОЇ ПЕРЕДПЛАТИ ВИДАННЯ НЕОБХІДНО:**

- перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку. При оплаті в призначенні платежу вказати вибране видання та термін передплати;
- надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- надіслати адресу доставки **зручним для Вас способом:**
 - ✓ тел./факс відділу передплати: +38 (044) 364-40-28;
 - ✓ поштою: Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання», 04123, м. Київ вул. Світлицького, 35;
 - ✓ електронною поштою: podpiska@health-ua.com.

Увага! Передплата дійсна лише після того, як до редакції надійде копія оплаченої квитанції.

ПОВІДОМЛЕННЯ

Отримувач платежу: **ТОВ «Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»**Код ЄДРПОУ **38391854** П/р **UA 463510050000026003636466100**Банк отримувача: **ПАТ «УкрСиббанк»**МФО: **351005**

Платник: _____

П.І.Б.

Поштовий індекс та адреса платника

Касир

Вид платежу	Період	Сума
Передплата на журнал «Дитячий лікар» (передплатний індекс – 37812)	 місяців (2021 р.)	

Підпис платника _____ Дата «___» _____ 20___ р.

КВИТАНЦІЯ

Отримувач платежу: **ТОВ «Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»**Код ЄДРПОУ **38391854** П/р **UA 463510050000026003636466100**Банк отримувача: **ПАТ «УкрСиббанк»**МФО: **351005**

Платник: _____

П.І.Б.

Поштовий індекс та адреса платника

Касир

Вид платежу	Період	Сума
Передплата на журнал «Дитячий лікар» (передплатний індекс – 37812)	 місяців (2021 р.)	

Підпис платника _____ Дата «___» _____ 20___ р.