|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 18 января 2017 года № 20 |
|  | Форма |

**Справка об отсутствии просроченной задолженности**

             Банк/филиал банка (наименование) по состоянию на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждает отсутствие  
просроченной задолженности по всем видам его обязательств длящейся более трех месяцев перед банком,  
согласно типовому плану счетов бухгалтерского учета в банках второго уровня, ипотечных организациях  
и акционерном обществе "Банк Развития Казахстана", утвержденному постановлением правления  
Национального Банка Республики Казахстан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                 (указать полное наименование физического лица,  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
осуществляющего предпринимательскую деятельность, или юридического лица, телефон, адрес, БИН/  
ИИН\*, БИК\*\*), обслуживающегося в данном банке/филиале банка,  
       выданной не ранее одного месяца предшествующего дате вскрытия конвертов.

             Дата

             Подпись

             Печать  
       (при наличии)

             \*БИН/ИИН - бизнес идентификационный номер/индивидуальный идентификационный номер;  
       \*\*БИК - банковский идентификационный код.