|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 4кприказуМинистраздравоохраненияисоциальногоразвитияРеспубликиКазахстанот 18 января 2017 года№ 20 |
|   | Форма |

**Справкаоботсутствиипросроченнойзадолженности**

            Банк/филиалбанка (наименование) посостояниюна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаетотсутствиепросроченнойзадолженностиповсемвидамегообязательствдлящейсяболеетрехмесяцевпередбанком,согласнотиповомупланусчетовбухгалтерскогоучетавбанкахвторогоуровня, ипотечныхорганизацияхиакционерномобществе "БанкРазвитияКазахстана", утвержденномупостановлениемправленияНациональногоБанкаРеспубликиКазахстан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                                (указатьполноенаименованиефизическоголица,
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
осуществляющегопредпринимательскуюдеятельность, илиюридическоголица, телефон, адрес, БИН/ИИН\*, БИК\*\*), обслуживающегосявданномбанке/филиалебанка,
      выданнойнеранееодногомесяцапредшествующегодатевскрытияконвертов.

            Дата

            Подпись

            Печать
      (приналичии)

\*БИН/ИИН - бизнесидентификационныйномер/индивидуальныйидентификационныйномер;
 \*\*БИК - банковскийидентификационныйкод.