|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 кприказуМинистраздравоохраненияи социальногоразвитияРеспубликиКазахстан от 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.