



**od :** ASTELLAS PHARMA SPZOO  
**Adres :** UL. ZWIRKI I WIGURY 16 C  
02-092 WARSZAWA  
POLSKA

**do :** SAMODZIELNY PUBLICZNY ZOZ WSS NR 3  
**Adres :**

Zainicjowano płatność opisaną poniżej:

**Tryb płatności :** Płatność elektroniczna  
**Data wykonania :** 28.11.2023  
**Kwota płatności :** PLN 23.000,00

**Referencje klienta :** 01-PL10206901319  
**Twój numer referencyjny :**

**Dane banku beneficjenta :** Unspecified Bank Name  
**Rachunek beneficjenta :** PL11160010551833402440000002

**Bank dokonujący przelewu :** Deutsche Bank Polska S.A.

**Referencje banku dokonującego przelewu :** 2778709280

**Instrukcje dotyczące opłat :**

Przesłano do banku do realizacji  
w dniu  
28.11.2023 13:36:44

Niniejszy dokument został wygenerowany elektronicznie i nie wymaga uwierzytelnienia.

**Szczegóły płatności :** 2069013191 LAS-135-PN/70-2023.AN