

№ \_\_\_\_\_ М. \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ місце та дата виставляння векселя \_\_\_\_\_ (місяць словами)

**ЗА ЦЕЙ ВЛАСНИЙ ВЕКСЕЛЬ ЗАПЛАЧУ**

від \_\_\_\_\_  
(місяць словами)

(кому) на ряд Інституту опіки матері та дитини, ІН: 00023698, Подольське набржежі 157, м. Прага 4  
**БЕЗ ОПРОТЕСТУВАНЬ** \_\_\_\_\_ Чк \_\_\_\_\_ гел.

\_\_\_\_\_ чеських крон  
гелеров, як указане вище  
сума словами

Місце оплати м. Прага

Як гарант від імені векселедавця:

\_\_\_\_\_

П.,І., Б., місце проживання, дата народження та підпис гаранта

П.,І.,Б., дата народження, № паспорту, місце проживання та підпис векселедавця