

от _____
Ф.И.О

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оказанных медицинских услугах за год

Пациент по договору:

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения . .

ИНН

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Вид документа

Серия и номер

Дата выдачи . .

Плательщик по договору:

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения . .

ИНН

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Вид документа

Серия и номер

Дата выдачи . .

Телефон

эл. почта

Я согласен на обработку персональных данных*

Прошу направить справку (отметить нужное)* :

- в налоговые органы в электронной форме
- в клинику по адресу ул. Ак. Лебедева, д.4/2 для получения лично (по доверенности)
- в клинику по адресу ул. Оптиков, д.54 для получения лично (по доверенности)

Подпись _____ Дата _____

* - обязательные поля