

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оказанных медицинских услугах :

Пациент

Фамилия* _____

Имя* _____

Отчество* _____

Дата рождения* _____

За год/годы*

(Поставьте галку)

<input type="checkbox"/>	2020
<input type="checkbox"/>	2021
<input type="checkbox"/>	2022
<input type="checkbox"/>	2023

Плательщик по договору

Фамилия* _____

Имя* _____

Отчество* _____

Телефон* _____

Адрес электронной почты _____

Справку удобно получить по адресу:

(Поставьте галку)

- ул. Ак. Лебедева дом 4/2
 ул. Оптиков д. 54

Дополнительный комментарий (ФИО доверенного лица,
дополнительные контактные телефоны и др.) _____

Я согласен на обработку
персональных данных*

(Поставьте галку)

* - обязательные поля