

Генеральному директору

ООО «ЕКЛИНИК»

Гурьеву П.В.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

конт. тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате оказанных медицинских услуг за \_\_\_\_\_ год(года)

Проходил(а) лечение в клинике ЕКЛИНИК на Дыбенко

**ФИО налогоплательщика** \_\_\_\_\_

**ИНН налогоплательщика** \_\_\_\_\_

**ФИО пациента** \_\_\_\_\_

лично, супруг/супруга, сын/дочь, отец/мать

**Дата рождения пациента** \_\_\_\_\_

Нужен ли дубликат договора об оказании медицинских услуг \_\_\_\_\_

£ Я уведомлен(а), что справка будет подготовлена в течение 25 календарных дней с момента подачи заявления.

Дата заполнения \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_