

Генеральному директору

ООО «КОСМОС»

Исхакову Б.И.

от _____

конт. тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Проходил(а) лечение в клинике ЕКЛИНИК на Репищева

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 _____