

Генеральному директору

ООО «ЕКЛИНИК»

Гурьеву П.В.

от _____

_____ (ФИО полностью)

ИНН _____

Паспортные данные

Серия _____ № _____

Кем выдан _____

Дата выдачи _____

Заявление

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

Проходил(а) лечение в клинике ЕКЛИНИК на Дыбенко

ФИО налогоплательщика _____

ИНН налогоплательщика _____

Дата рождения налогоплательщика _____

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

ФИО пациента _____

ИНН пациента _____

Дата рождения пациента _____

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

Дата заполнения _____ Подпись _____