Заявление о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

Руководителю клиники

От _____

_____

ИНН _____

Дата рождения_____

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан _____

_____

_____

Зарегистрированный по адресу:_____

_____

Тел.:_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг по электронной почте:

- за собственное лечение;

- за лечение супруга/супруги;

- за лечение матери/отца;

- за лечение сына/дочери:

(подчеркнуть нужный вариант)

_____

(ФИО пациента, ИНН, паспортные данные, свидетельство о рождении)

_____

для предоставления в налоговые органы за _____г.

адрес электронной почты _____

(ответственность за предоставление информации по электронным каналам оставляю за собой)

ДАТА ПОДПИСЬ РАСШИФРОВКА