

Директору ООО «МДЦ «ЭЛИСА» Леншину В.А.
от пациента (Ф.И.О.) _____

паспорт (серия, номер) _____

выдан _____

Дата выдачи: _____

Место регистрации: _____

моб. Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

ИНН налогоплательщика _____

ФИО налогоплательщика _____

ФИО и дата рождения пациента, получившего услуги _____

Укажите даты посещений (число, месяц, год) и суммы:

Дата оплаты услуг (по чеку) _____ сумма(по чеку) _____

Дата оплаты услуг (по чеку) _____ сумма(по чеку) _____

Дата оплаты услуг (по чеку) _____ сумма(по чеку) _____

Дата оплаты услуг (по чеку) _____ сумма(по чеку) _____

Дата оплаты услуг (по чеку) _____ сумма(по чеку) _____

Укажите какой услугой пользовались в нашем центре:

1. прием врача-специалиста (ФИО) — _____

2. лабораторные исследования — (да/нет) _____

Требуется ли восстановление договора (да/нет) _____

Контактный телефон _____

(Мы сообщим Вам о готовности документа)

Адрес филиала МДЦ «ЭЛИСА», где вам удобно получить справку _____

Прошу выдать следующим способом (отметить нужное V)

лично мне

направить в налоговый орган в электронной форме

ВНИМАНИЕ!

V Настоящим заявлением выражаю своё согласие на обработку моих персональных данных в электронных системах и на бумажных носителях.

V Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия

Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

1. Получение Справки об оплате медицинских услуг на бумажном носителе, налогоплательщиком возможно **ТОЛЬКО ПРИ ЛИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ** в рабочие часы филиала, при предъявлении паспорта и под личную подпись!

3. Внимательно и разборчиво заполняйте заявление. **Справка НЕ переписывается, исправления НЕ вносятся, ФИО налогоплательщика НЕ меняется. Справка выдается однократно.**