

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 \_\_\_\_\_ сумма \_\_\_\_\_

Дата оплаты услуг \_\_\_\_\_ сумма \_\_\_\_\_

Дата оплаты услуг \_\_\_\_\_ сумма \_\_\_\_\_

Дата оплаты услуг \_\_\_\_\_ сумма \_\_\_\_\_

Дата оплаты услуг \_\_\_\_\_ сумма \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

Подпись \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

### **ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ**

1.Получение Справки об оплате медицинских услуг 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.**