

Генеральному директору Единой сети клиник
«НИАРМЕДИК-ДОКТОР РЯДОМ»

Дубровину В.В.

от

(ФИО пациента, дата рождения/

/законного представителя пациента)

Паспорт серия _____ № _____,
выдан _____

(кем, когда)

ИНН _____

Контактный телефон:

E-mail:

(при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за оказанные мне медицинские услуги:

В клинике по адресу _____,

За период _____

На сумму _____

Необходимые документы прилагаю.

(дата)

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Заявление принял:

(должность)

(ФИО)