

!!!! заполняется Плательщиком (Заказчиком), указанным в договоре!!!!

Главному врачу ГАУЗ СО «СОКБ № 1» И.М. Трофимову

От _____

(ФИО полностью)

дата рождения: _____

место жительства (место пребывания): _____

паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

контактный телефон: _____

адрес эл.почты: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать **справку об оплате медицинских услуг** для представления в налоговые органы Российской Федерации за _____ год(а):

✓ сведения о договоре(договорах) – номер, дата, сумма (при наличии сведений):

✓ - медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть):

- мне,

- моему мужу, моей жене, моей матери, моему отцу, моей дочери (младше 18 лет),

моему сыну (младше 18 лет) _____

ФИО Потребителя, дата рождения

Способ получения справки (нужное отметить или вписать):

выдать мне на руки при предъявлении паспорта;

выдать другому лицу: _____

направить заказным письмом по адресу: _____

согласен на получение скан-копии (электронного образа) справки по открытым каналам связи по адресу электронной почты: _____

«___» _____ 202__ г.

Подпись _____

		Входящий номер
<input type="checkbox"/>	Запрос направлен почтой	
<input type="checkbox"/>	Запрос направлен по электронной почте	
<input type="checkbox"/>	Запрос представлен лично при предъявлении паспорта	