

Приложение к Правилам
ООО МЦ «АНГИО ЛАЙН»
от _____
(ФИО)

конт. тел. _____

Почтовый адрес¹ _____

Заявление

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг за _____
(указать период (год))

Плательщик _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, ИНН (при наличии))

Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика:

Вид документа _____, серия и номер _____

Дата выдачи _____.

Медицинские услуги оплачены мною за: себя/родителей/супруга (у)/детей (в т.ч. подопечных)
(нужное подчеркнуть)

Пациент² _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, ИНН (при наличии))
Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента:

Вид документа _____, серия и номер _____

Дата выдачи _____.

(Дата)

(Подпись)

¹ Указывается при отправке справки почтой России.

² Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.