

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

конт. тел. \_\_\_\_\_

Почтовый адрес<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Заявление

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

Плательщик \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения, 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)

Пациент<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

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

Вид документа \_\_\_\_\_, серия и номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

<sup>1</sup> Указывается при отправке справки почтой России.

<sup>2</sup> Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.