

Приложение №1 к Правилам
ООО МЦ «АНГИО ЛАЙН»
от _____
(ФИО)
конт. тел. _____

Заявление

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

Платательщик _____

(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)

Пациент¹ _____

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

Вид документа _____, серия и номер _____

Дата выдачи _____.

Способ получения справки:

- ☐ при личном обращении
- ☐ почтой России почтовый адрес _____
- ☐ по электронной почте²

(Дата)

(Подпись)

¹ Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.

² При выборе способа получения справки по электронной почте, необходимо заполнить Согласие.