

**Заявление
о предоставлении справки об оплате медицинских услуг**

Я, _____,
(*ФИО пациента/ законного представителя несовершеннолетнего пациента/представителя по доверенности*)
реквизиты документа, удостоверяющего личность: _____,
выдан _____, дата выдачи _____ г.

Контактный номер: _____,
Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг за _____ год, оказанных пациенту
_____ (*указать ФИО пациента*)
и направить ее по адресу (почтовый, электронный, нарочно) _____,
_____ для предоставления: на работу/в
налоговую инспекцию/ другое (*нужное подчеркнуть*)
Налогоплательщик _____

Желаю получить справку нарочно по адресу нахождения клиники _____

Доверяю получение указанной справки следующему лицу: _____ (*ФИО*)
реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя: _____,
выдан _____, дата выдачи _____ г.

Об ограничениях, установленных ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" уведомлен.

« _ » _____ 20__ г.

(*ФИО, подпись*)