Заявление
о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

Я, (ФИО плательщика) _____,

Паспорт: _____

Дата выдачи: _____

ИНН: _____,

Дата рождения: _____

Контактный телефон: _____

Произвел оплату медицинских услуг за (ребенка, родителя, супруга) _____,

Паспорт(свид.о рожд.) _____

Дата выдачи: _____

ИНН _____,

Дата рождения: _____

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг _____

_____,
Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных ООО «Семейный стоматолог» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» указанных в настоящем заявлении и его приложениях.

Приложение: копия документа, подтверждающего произведенные расходы

«__» _____ 20__ г.

_____ (ФИО, подпись)