

Заявление
о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

Я, (ФИО плательщика) _____,

Паспорт: Серия ____ Номер _____ Дата выдачи _____,

Дата рождения _____ ИНН: _____,

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

Паспорт: Серия ____ Номер _____ Дата выдачи _____,

Дата рождения _____ ИНН _____,

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг за _____

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

Справку получу лично.

Прошу отправить в ФНС _____

«__» _____ 20__ г. _____ (ФИО, подпись)