

Генеральному директору
ХП «НЕЗАВИСИМЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ПАРТНЕРЫ»

Магомедовой А. Н.

От _____

ФИО плательщика

+7 _____

ИИН _____

Дата рождения _____

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оказании медицинских услуг за 20__ год.

Паспорт Серия ____ номер _____

Выдан _____
(кем) _____ (когда) _____

Код подразделения _____ - _____

Оплата производилась за оказание медицинских услуг моему родственнику супруг/супруга/мать/отец/сын/дочь (нужное подчеркнуть)

ФИО пациента _____

ИИН пациента _____ (если ребенок, ИИН не указывается)

Дата рождения пациента _____

Паспорт/Свидетельство о рождении Серия ____ номер _____

Выдан _____

дата

подпись