

Генеральному директору
ХП «НЕЗАВИСИМЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ПАРТНЕРЫ»

Магомедовой А. Н.

От _____
ФИО плательщика

+7 _____

ИНН _____

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 _____

ИНН пациента _____ (если ребенок, ИНН не
указывается)

Дата рождения пациента _____

Паспорт/Свидетельство о рождении Серия _____ номер _____

Выдан _____

дата

подпись