

Генеральному директору
ХП «НЕЗАВИСИМЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ПАРТНЕРЫ»

Магомедовой А. Н.

От _____
ФИО плательщика (пациента)

+7 _____

ИНН _____

Дата рождения _____

Заявление

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

Паспорт Серия _____ номер _____

Выдан _____
(кем) (когда)

Код подразделения _____ - _____

дата

подпись