

Главному врачу ООО «ММЦ»

от \_\_\_\_\_

(фамилия)

(имя)

(отчество)

Паспорт \_\_\_\_\_

(серия, номер)

(выдан)

(дата выдачи)

ИНН \_\_\_\_\_

Контактный тел: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг, оказанных

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента, степень родства при оплате услуг не самим пациентом)

для предоставления в налоговые органы.

Оплата медицинских услуг произведена в \_\_\_\_\_ (год)

и выдать лично / направить их по адресу: (почтовый, электронный) (нужное подчеркнуть)

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

Приложение: копия кассовых чеков и договоров на оказание платных медицинских услуг.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись заявителя)