Клиника Пирогова

Приложение № 1

Генеральному директору ООО «НИЛЦ «Деома»

от налогоплательщика

_____

Фамилия Имя Отчество заявителя в родительном падеже (от кого?)

Паспорт заявителя серия _ _ _ _ номер _ _ _ _ _ _

Выдан:_____

когда

_____

кем

ИНН заявителя_____

Телефон заявителя +7 (_ _ _) _ _ _ - _ _ - _ _

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ:

Документы принял:

_____ /_____

Дата вх: _ _._ _.._ _ _ _

Дата исх: _ _._ _.._ _ _ _

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оказанных медицинских услугах **МНЕ** для представления в налоговые органы */Фамилия Имя Отчество пациента* ***в дательном падеже*** *(кому?)/:*

Фамилия																						
Имя																						
Отчество																						

Дата рождения пациента: _ _._ _._ _ _ _ . Договор оказания услуг № _____от _ _._ _._ _ _ _

Услуги были оказаны в _____ году

Заполняется в случае, если заявитель и пациент не совпадают:

Прошу выдать справку об оказанных медицинских услугах □ супругу / супруге; □ сыну / дочери; □ матери / отцу

(выбрать нужное)

для представления в налоговые органы */Фамилия Имя Отчество пациента* ***в дательном падеже*** *(кому?)/:*

ФИО пациента **в дательном падеже** (выдана кому?)	Дата рождения пациента	Паспорт пациента	ИНН пациента	номер договора на оказание услуг	Год оказания услуг
Фамилия Имя Отчество	_ _._ _._ _ _ _	Серия _ _ _ _ № _ _ _ _ _ _	_____	№_____ от _ _._ _._ _ _ _	□ 2021 □ 2022 □ 2023

Выберите способ получения справки:

□ в регистратуре Клиники Пирогова

□ по почте России _ _ _ _ _ _, г. _____

почтовый адрес пациента

Обращаем ваше внимание: по электронной почте справки не отправляются согласно приказу Минздрава России и МНС России от 25 июля 2001 г. N 289/БГ-3-04/256.

Все поля обязательны для заполнения!

Дата: _ _._ _._ _ _ _

Подпись заявителя: _____/_____

ООО «НИЛЦ «Деома»
199178, Санкт-Петербург, В.О., Большой пр., 49-51
тел.: +7 (812) 320-70-00, факс: +7 (812) 328-46-34
e-mail: mail@pirogovclinic.ru