



Приложение № 1

Генеральному директору ООО "Клиника лечения боли
доктора Мереджи" от налогоплательщика

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ:

Документы принял:

_____ / _____

Дата вх: ____ . ____ . ____

Дата исх: ____ . ____ . ____

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

Паспорт заявителя серия _____ номер _____

Выдан: _____

_____ когда

_____ кем

ИНН заявителя _____

Телефон заявителя +7 (____) ____ - ____ - ____

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)

Фамилия	
Имя	
Отчество	

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 _ _ _ _		№ _____	<input type="checkbox"/> 2021
				от _ _ . _ . _ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2022

Получение справки в регистратуре Клиники Мереджи.

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

Дата: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Подпись заявителя: _____ / _____

8 (812) 333-88-88

meredzhclinic@mail.ru

*г. Санкт-Петербург,
ул. Савушкина 85, корп. 2*

meredzhclinic.ru