



ЧИСТОЕ ДЫХАНИЕ
центр стоматологии

Генеральному директору
ООО «Стом Групп»

От (ФИО полностью) _____

Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате оказанных медицинских услуг за _____ (указать год/года)

На каком филиале/филиалах проходили лечение _____

ФИО налогоплательщика _____

ИНН налогоплательщика _____

ФИО пациента _____
мне, супруг (а), сын (дочь), отец (мать)

Дата рождения пациента _____

Требуется ли восстановить Договор _____

На каком филиале планируете забирать справку

ул. Будапештская д. 102 ул. Заозерная, д. 3, корпус 2

Я уведомлен(а), что справка будет подготовлена в течение 10 рабочих дней с момента написания заявления.

Дата заполнения _____

Подпись _____