Клиника Пирогова

Приложение № 1

Генеральному директору ООО «НИЛЦ «Деома»

от _____
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 для представления в налоговые органы мне /*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:

Выбрать нужное	ФИО пациента **в дательном падеже** (выдана кому?)	Дата рождения пациента	номер договора на оказание услуг	Год оказания услуг
☐ супругу (супруге) ☐ сыну (дочери) ☐ матери (отцу)	Фамилия Имя Отчество	_ _._ _._ _ _ _	№_____ от _ _._ _._ _ _ _	☐ 2020 ☐ 2021 ☐ 2022
☐ супругу (супруге) ☐ сыну (дочери) ☐ матери (отцу)	Фамилия Имя Отчество	_ _._ _._ _ _ _	№_____ от _ _._ _._ _ _ _	☐ 2020 ☐ 2021 ☐ 2022
☐ супругу (супруге) ☐ сыну (дочери) ☐ матери (отцу)	Фамилия Имя Отчество	_ _._ _._ _ _ _	№_____ от _ _._ _._ _ _ _	☐ 2020 ☐ 2021 ☐ 2022

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