

Генеральному директору АО «ЦП на Ленинградке»
Коломенцевой М.В.

От _____

(Ф.И.О. заявителя, дата рождения, ЭМК)

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

_____ (кем и когда выдан)

ИНН _____

Контактный телефон _____

E-mail _____

Данные пациента

(раздел заполняется только в том случае, если заявитель и
пациент не являются одним лицом)

(Ф.И.О пациента, дата рождения, ЭМК)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы
РФ за оказанные (нужное подчеркнуть) мне/пациенту медицинские услуги за период _____

_____ на сумму _____

Необходимые документы прилагаю.

Справку прошу выдать следующим способом (отметить нужное):

☐ лично мне при посещении Клиники

☐ направить в электронном виде на адрес электронной почты, указанный в настоящем заявлении

(только в отношении медицинских услуг оказанных с 01.01.2024 г.)

Мне разъяснено, что электронная почта является открытым и недостаточно защищённым каналом связи, и
что Клиника не может гарантировать доставку электронных сообщений на указанный адрес и защиту их от
несанкционированного доступа третьих лиц. Клиника не несёт ответственности за возможные последствия,
связанные с передачей по электронной почте сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе за
нарушение конфиденциальности информации, вызванное несанкционированным доступом третьих лиц к
моей электронной почте.

_____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка)

Заявление принял:

_____ (дата)

_____ (должность)

_____ (ФИО, подпись)