

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

От _____

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

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

_____ (кем и когда выдан)

ИИН _____

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 защищенным 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)