

Генеральному директору
АО «Екатеринбургский
центр МНТК «МГ»
Шиловских О.В.
От

Тел. _____
—

Заявление

о предоставлении справки об оплате медицинских услуг
за _____ г.г.

Я, (ФИО плательщика, дата рождения) _____

реквизиты _____,
документа _____, удостоверяющего личность: _____

ИНН плательщика _____

проживающий (зарегистрирован): _____,

Произвел оплату медицинских услуг за (ребенка, родителя, супруга – указать ФИО
пациента, _____ дата
рождения) _____

_____ ,
проживающий (зарегистрирован): _____

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг, которую получу сам(а)
либо _____ направить _____ по _____ адресу _____ (почтовый, _____ электронный)

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое
согласие на обработку своих персональных данных АО «Екатеринбургский центр
МНТК «МГ» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных»
указанных в настоящем заявлении и его приложениях.

«__» _____ 20__ г.

(ФИО, подпись)