**Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг в**

**ООО «ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК»**

**Данные налогоплательщика (печатными буквами):**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Паспортные данные | Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| Контактный телефон |  |

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг в ООО «ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК» за себя / супруга (супругу) / дочь (сына) / мать (отца) (нужное подчеркнуть):

**Данные клиента №1, получавшего услуги в компании ООО «ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК»:**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Паспортные данные/ Свидетельство о рождении ребенка (если услуги получал ребенок) | Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг в ООО «ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК» за себя / супруга (супругу) / дочь (сына) / мать (отца) (нужное подчеркнуть):

**Данные клиента №2, получавшего услуги в компании ООО «ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК»:**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Паспортные данные/ Свидетельство о рождении ребенка (если услуги получал ребенок) | Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг в ООО «ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК» за себя / супруга (супругу) / дочь (сына) / мать (отца) (нужное подчеркнуть):

**Данные клиента №3, получавшего услуги в компании ООО «ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК»:**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Паспортные данные/ Свидетельство о рождении ребенка (если услуги получал ребенок) | Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Период, за который необходимо предоставить справку (указать года) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ СПРАВКИ**

В медицинском кабинете по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По электронной почте (укажите адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата написания заявления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистратор, принявший заявление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись регистратора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_