

Директору
ООО «Камчатская неврологическая клиника»
Терешовой С. А.

От

(Ф.И.О. налогоплательщика)

ИНН _____

Дата рождения _____

паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи)
заполняется если нет ИНН

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне пакет документов о предоставлении медицинских услуг за меня/мою (моего) дочь, сына, мать, отца, супруга, супругу за _____ год (нужное подчеркнуть)

ФИО пациента _____

Дата рождения пациента _____

ИНН пациента _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность
пациента _____
серия, номер, дата выдачи (заполняется, если нет ИНН)

Контактный номер телефона _____

Дата _____

Подпись _____