

Главному врачу СПб ГБУЗ «ПНД №3»
Грицевской Т.М.

от _____
(ФИО)

адрес: _____

телефон _____

эл. почта _____

**Заявление
о выдаче справки об оплате медицинских услуг**

Я (налогоплательщик), _____,
(Ф.И.О. полностью)

Паспорт (или документ, удостоверяющий личность) _____

серия _____, номер _____, дата выдачи _____

Кем выдан _____

ИНН _____

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за _____ год (годы), оказанные _____ (мне, супруге (у), сыну (дочери), матери (отцу))

(ФИО пациента, дата рождения)

Прошу выдать справку нарочно/ отправить на адрес проживания /на адрес электронной почты _____

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных СПб ГБУЗ «ПНД №3» указанных в настоящем заявлении и его приложениях в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 года.

Подпись _____

Дата _____