

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

Я, (ФИО плательщика) \_\_\_\_\_,

Паспорт: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_,

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Произвел оплату медицинских услуг за (ребенка, родителя, супруга) \_\_\_\_\_,

Паспорт(свид.о рожд.) \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_,

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных ООО «Семейный стоматолог» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» указанных в настоящем заявлении и его приложениях.

Приложение: копия документа, подтверждающего произведенные расходы

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)