

Генеральному директору АО «ДП на Ленинградке»  
Коломенцевой М.В.

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя, дата рождения)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(кем и когда выдан, код подразделения)

ИНН \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения, ЭМК)

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за оказанные пациенту медицинские услуги за период \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_

Необходимые документы прилагаю.

Справку прошу выдать следующим способом (отметить нужное):

лично мне при посещении Клиники

направить в электронном виде на адрес электронной почты, указанный в настоящем заявлении

*(только в отношении медицинских услуг оказанных с 01.01.2024 г.)*

Мне разъяснено, что электронная почта является открытым и недостаточно защищённым каналом связи, и что Клиника не может гарантировать доставку электронных сообщений на указанный адрес и защиту их от несанкционированного доступа третьих лиц. Клиника не несёт ответственности за возможные последствия, связанные с передачей по электронной почте сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе за нарушение конфиденциальности информации, вызванное несанкционированным доступом третьих лиц к моей электронной почте.

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка)

Заявление принял:

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)