

Сохраняя самое ценное...

**Здоровье**

медицинский центр

г. Пенза, ул. Бородина 1И  
Тел/факс (8412) 32-03-03

Директору ООО «Здоровье ПРОФ»  
Галиной Ю.К.

От \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг по форме КНД 1151156, утвержденной Приказом ФНС России от 08.11.2023 N EA-7-11/824@, в отношении пациента:

меня лично

моего/моей \_\_\_\_\_

(указать степень родства пациента с заявителем – жена, муж, дочь, сын и т.п.)

**Сведения о пациенте (заполняются, если пациент и заявитель – не одно лицо):**

Фамилия, имя отчество \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Период, за который выдается справка \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)