

Кому: ГБУЗ СК "Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1"
355038, Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Ленина, 441,
skkpb1@stavpb.ru

ФИО Заявителя: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, ФИО (полностью) _____

Дата и год рождения _____

ИНН _____

Документ, удостоверяющий личность _____

серия _____ номер _____

выдан (кем и когда): _____

прошу выдать справку об оплате медицинских услуг по договору № _____ за период _____ для предоставления в налоговый орган.

Все документы прошу отправить на электронную почту (укажите Ваш электронный адрес) _____

или на почтовый адрес (укажите почтовый адрес) _____

Дата: _____

Подпись: _____

Я, ФИО (полностью) _____

В соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. даю согласие на обработку, хранение и использование своих персональных данных.

Дата: _____

Подпись: _____