**Генеральному директору**

**ООО «Стрелец» А.Я. Гармс**

**От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ФИО ПОЛНОСТЬЮ !РАЗБОРЧИВО! ПЕЧАТНЫМИ!**

**Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИНН (обязательно!)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**З А Я В Л Е НИ Е**

Прошу Вас предоставить мне справку, об оплате медицинских услуг по форме, утвержденной приказом  Минздрава России N 289, МНС России N БГ-3-04/256 от 25.07.2001

За 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. **произведенную за лечение** **пациента (ФИО ПОЛНОСТЬЮ, дата рождения, степень родства**)

**ПЕРИОД ОПЛАТЫ**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_