



Генеральному директору  
ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД»  
Метелкину А.И.

от \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество заявителя)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  
(обязательно для заполнения)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг по форме КНД 1151156, утв. 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 \_\_\_\_\_

**Готовую справку прошу выдать на руки в клинике «Вероника» по адресу:**

ул. Савушкина, д. 8, корп. 2

ул. Савушкина, д. 12

Средний пр-кт В.О., д. 48/27

ул. Адмирала Трибуца, д. 5, лит. А

ул. Олеко Дундича, д. 14

ул. Фёдора Абрамова, д. 17

**Я уведомлен(а), что срок выдачи готовой справки – 30 календарных дней.**

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

Дата: \_\_\_\_\_