*Кому: Отдел бухгалтерии*

*ООО «Эксплана»*

*г. Санкт-Петербург,*

 *ул. Академика Павлова 14А*

Обязательные поля для заполнения.

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО налогоплательщика **полностью** |  |
| ИНН налогоплательщика |  |
| Номер заявки в ООО «Эксплана», (указан в приложении к договору и/или в чеке) |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу предоставить справку о стоимости оплаченных медицинских услуг для пациента:

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО пациента **полностью** |  |
| Дата оплаты услуг (мед.анализов) |  |
| Сумма за оплаченные услуги (мед.анализы) |  |
|  |  |

Укажите, в каком из наших пунктов приема анализов Вам было бы удобнее забрать справку:

Каменноостровский пр-т, 43

ул. Коллонтай 21/1

ул. Шостаковича 3/1

ул. Маршала Захарова 62/1

В случае не указания места получения, справка будет отправлена для выдачи в пункт приема анализов на пр-т Каменноостровский, 43

 Дата заполнения заявления:

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_