plan B
КЛИНИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

8 (499) 702-09-99 | 8 (985) 065-03-03
www.planb.center
priem@planb.center

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

ФИО плательщика: _____,
Дата рождения:_____
Паспорт: серия_____номер_____дата выдачи_____,
ИНН: _____.

Произвел оплату медицинских услуг за (ребенка, родителя, супруга) _____,
ФИО пациента: _____,
Дата рождения:_____
Паспорт: серия_____номер_____дата выдачи_____,
ИНН: _____.

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг за _____ год.

«__»_____20__г. _____(ФИО, подпись)

Москва
ул. Александра Невского, 27