Главному бухгалтеру СПб ГБУЗ КВД №4

от_____

(фамилия, имя, отчество полностью)

Адрес регистрации___ _____

ИНН_____ _____ _____Телефон_____ _____

Заявление

Прошу выдать мне справку установленного образца для предоставления в ИФМС РФ за оказанную медицинскую услугу в 20_____ __ году на сумму _____ _____ рублей

(_____)

(сумма прописью)

Медицинская услуга оказана (кому) _____

_____

(степень родства и фамилия, имя, отчество полностью)

Справку прошу переслать на мой электронный адрес_____

Дата_____ Подпись_____

Справку №___ ____от____ ____ ____20____года получил(а)_____ _____Дата_____ _____