Генеральному директору
Стоматологического центра "КИТ"
С.А. Задкову

от (ФИО)

ИНН

Серия **номер**

Дата выдачи паспорта

Дата рождения

За период

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу подготовить справку по форме №289 об оплате мной медицинских услуг, оказанных:

МНЕ **ФИО**

Супруге / Супругу **ФИО**

Серия **номер**

Дата выдачи паспорта

Дата рождения

подчеркнуть

Сыну / дочери / отцу / матери **ФИО**

Серия **номер**

Дата выдачи паспорта /св-во о рождении

Дата рождения

подчеркнуть

Сыну / дочери / отцу / матери **ФИО**

Серия **номер**

Дата выдачи паспорта /св-во о рождении

Дата рождения

Дата _____

Эл. Почта _____

подчеркнуть

Сыну / дочери / отцу / матери **ФИО**

Серия					**номер**							
Дата выдачи паспорта /св-во о рождении												
Дата рождения												

подчеркнуть

Сыну / дочери / отцу / матери **ФИО**

Серия					**номер**							
Дата выдачи паспорта /св-во о рождении												
Дата рождения												

Дата _____

Эл. Почта _____