Заявление

о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

Я, (ФИО плательщика)_____,
реквизиты документа удостоверяющего личность:_____
_____,
проживающий (зарегистрирован):_____
_____,
Дата выдачи документа_____ Дата рождения_____
ИНН _____
Произвел оплату медицинских услуг в Центре красоты «ЛИС А»

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг за 20_____год

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных ООО «ЛИС А» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» указанных в настоящем заявлении и его приложениях.

«__»_____20__г. _____(ФИО, подпись)