

Согласовано _____

Главному врачу ОБУЗ «ИОНД»
Исаеву Михаилу Александровичу

ФИО _____

адрес: _____

телефон: _____

Заявление
на предоставление платных медицинских услуг по льготным ценам
(тарифам)

Прошу Вас предоставить медицинскую услугу _____
со скидкой в размере 10%, поскольку я отношусь к следующей категории
лиц _____, что
подтверждается _____
(наименование документа).

Приложение: документ подтверждающий право на получение платных
медицинских услуг по льготным ценам (тарифам).
Документы предоставлены добровольно, даю согласие на обработку
персональных данных.

дата: _____ подпись заявителя _____

Предоставить **скидку 10%**/ **отказать** (нужное подчеркнуть)
Должность, ФИО, подпись лица принявшего решение

