



Уведомление о решении о выделении финансовой помощи

Дата _____

Ф. И. О. пациента _____

Номер счета _____

- Утверждено.** Ваш запрос на получение финансовой помощи утвержден.
Ваша скидка: _____ %.*

- Скидка утверждается на единоразовой основе.
- Данная заявка и предоставленная по ней скидка действительны только для указанных счета и даты оказания услуг. Счета за последующие услуги выставляются в обычном порядке.

- Отклонено.** Ваша заявка на получение финансовой помощи отклонена.
Причины: _____

- На рассмотрении.** Ваша заявка находится на рассмотрении. Для обработки Вашей заявки на получение финансовой помощи нам необходима следующая информация: _____

Если Вам было отказано в получении финансовой помощи, обратитесь в коммерческий отдел по телефону (484) 526-3117, чтобы обсудить варианты оплаты.

Подпись: _____