Главному врачу ЦНИЛ

Искра И.П.

 От

 Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации за период (год).

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО налогоплательщика (полностью), дата рождения |  |
| ИНН налогоплательщика  |  |
| Паспортные данные налогоплательщика (серия, номер, дата выдачи) |  |
| ФИО пациента/(полностью) (супруг(а), дети до 18 лет, мать(отец)), дата рождения | 1. |
| 2. |
| 3.  |
| Паспортные данные пациента (серия, номер, дата выдачи) /Данные свидетельства о рождении пациента (серия, номер, дата выдачи) |  |
| Телефон, адрес электронной почты |  |

Дополнительная информация к справке: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись