

Директору ООО «ЦЗЗ «Благомед»

Монахову О. М.

от _____

(Ф. И. О. заявителя)

Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг за _____
(указать год)

Ф.И.О. _____
(полностью)

ИНН _____, Дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность: вид документа _____

Серия и номер: _____ Выдан: _____

Данные пациента (заполняются в случае, если пациент и налогоплательщик не являются одним лицом)

Ф.И.О. _____
(полностью)

ИНН _____, Дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность: вид документа _____

Серия и номер: _____ Выдан: _____

Справку прошу предоставить:

Лично при обращении в мед. Центр

Направить по эл. почте: _____

Контактный телефон: _____

« _____ » _____ 20____
(дата)

_____ (подпись)

Справку получил: _____ Дата: _____

Справку выдал: _____ Дата: _____