

Директору ООО «МОЙ ДОКТОР»
Очкановой С.В.

от _____

(ФИО налогоплательщика, дата рождения)
Паспорт серия _____ № _____,
выдан _____

(кем, когда)
ИНН _____

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за период _____ г оказанные мне и моим супруге(у), сыну (дочери), матери (отцу)*:
(нужное подчеркнуть)

1. ФИО: _____ г.р

ИНН/паспорт: _____

2. ФИО: _____ г.р

ИНН/паспорт: _____

3. ФИО: _____ г.р

ИНН/паспорт: _____

4. ФИО: _____ г.р

ИНН/паспорт: _____

5. ФИО: _____ г.р

ИНН/паспорт: _____

**Указать полные ФИО пациентов, даты рождения, ИНН.*

В случае отсутствия ИНН указываются номер и дата выдачи свидетельства о рождении и данные паспорта на каждого пациента.

Необходимые документы прилагаю.

(дата)

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Справку получил. Достоверность и полноту сведений, указанных в справке, подтверждаю

(дата)

_____/_____
(подпись) (расшифровка)