

Заявление

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы на бумажном носителе / электронно (нужное подчеркнуть)

на имя _____ (Ф.И.О.)

дата рождения _____ ИНН _____, телефон _____

за _____ год на сумму _____

за _____ год на сумму _____

за _____ год на сумму _____.

Медицинские услуги были оказаны (подчеркнуть): - мне; - супруге/супругу; - матери/отцу; - дочери/сыну

_____ (Ф.И.О.), дата рождения _____,

ИНН пациента _____ (при наличии)/ИЛИ паспорт, серия _____, номер _____,

дата выдачи _____

На ребенка, не достигшего 14 лет – Свидетельство рождения серия _____, номер _____, дата выдачи _____

Прилагаю (подчеркнуть нужное): - копию ИНН налогоплательщика, - копию ИНН пациента,

прочие _____.

Дата _____

Подпись _____