

Директору ООО МЦ «Мир Здоровья»

Подчалимову М.М.

От \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заказчика)

(дата рождения)

(серия и номер паспорта, в случае если не предоставляется ИНН)

### Заявление

Прошу Вас выдать справку об оплате медицинских услуг за (указать год) \_\_\_\_\_ год(а), для предоставления в налоговые органы РФ по договорам на оказание платных медицинских услуг от:

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Медицинские услуги оказаны: мне, моему супругу(е), сыну (дочери) матери (отцу) – *нужное подчеркнуть*.

ФИО и дата рождения пациента, получившего медицинские услуги

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ФИО налогоплательщика (лицо в отношении которого выдается справка)

\_\_\_\_\_

ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_

Примечание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

подпись

расшифровка подписи

Дата \_\_\_\_\_