

Главному врачу
ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №7»
О.С. Михальченко

(Ф.И.О.)

(зарегистрированного по адресу)

(контактный номер)

Заявление

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации.

Ф.И.О., налогоплательщика _____
(пишите полностью)

ИНН налогоплательщика _____

Ф.И.О., пациента _____

(пишите полностью)

(МАТЬ, ОТЕЦ, МУЖ, ЖЕНА, СЫН, ДОЧЬ) нужное подчеркнуть

Период оказанных услуг _____.
(пишите только год)

Адрес: ул. им. маршала Ерёменко, 72 или ул. Депутатская, 7
(нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)