

Главному врачу АНО «ЦКМСЧ» Домашенко М.А.

От _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность

Вид документа _____

Серия и номер : _____

Дата выдачи: _____

ИНН _____

Дата рождения _____

Номер телефона _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган на сумму расходов, понесенных мною на оплату медицинских услуг, оказанных моему супругу (супруге)/ родителю/ребенку за _____ год.

Данные пациента:

Данный раздел заявления заполняется в том случае, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом

Фамилия Имя Отчество	
Вид документа	
серия, номер, дата выдачи	
ИНН (при наличии)	
Дата рождения	

Я уведомлен о том, что максимальный срок выдачи запрашиваемой справки составляет 30 календарных дней с даты подачи настоящего заявления. Справку прошу выдать на руки, предварительно уведомив о готовности справки по вышеуказанному телефону

«___» _____ 20__ г.

Подпись налогоплательщика

Инициалы и фамилия налогоплательщика

Справка получена:

«___» _____ 20__ г.

Подпись налогоплательщика

Инициалы и фамилия налогоплательщика