

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 мне за _____ год.

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