Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «ДОКМЕД».

От _____

Фамилия, Имя ,Отчество

Тел.контактный_____

Фамилия Имя Отчество налогоплательщика	
ИНН	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Дата рождения налогоплательщика	____ ____ . ____ ___ . _____ _____ ____ _____
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа_____ Серия_____ Номер_____ Дата выдачи «____»_____. _____год
Налоговый период/год	
Медицинские услуги оказаны	____мне, _____супруге (у) _____сыну (дочери), _____матери (отцу)
Фамилия Имя Отчество пациента	
ИНН	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Дата рождения пациента	____ ____ . ____ ___ . _____ _____ ____ _____
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа_____ Серия_____ Номер_____ Дата выдачи «____»_____. _____год
Дата_____ Подпись_____	

Заявление получено _____ _____ _____

Дата подпись Фамилия И.О.

Справка получена _____ _____ _____

Дата подпись Фамилия И.О.