

**В ООО «Медицинский центр «ВиоМар»**

от: \_\_\_\_\_

Ф. И. О. налогоплательщика

Номер ИНН \_\_\_\_\_

номер контактного телефона:

\_\_\_\_\_

***Заявление***

на выдачу справки об оплате медицинских услуг  
для предоставления в налоговые органы РФ

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. *налогоплательщика* полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за  
\_\_\_\_\_ год (годы)

Оплатил(а) казанные медицинские услуги \_\_\_\_\_  
(мне, супруге (у), сыну (дочери), матери (отцу)) с указанием ФИО

\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Справку получу: Лично

Дата составления заявления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
подпись

Справку получил(а): \_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_   
подпись