

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