

### Заявление

Прошу Вас оформить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы за 20\_\_ год.

Фамилия																				
Имя																				
Отчество																				
Дата рождения			.			.					г.									
ИНН													-	-	-	-				
Телефон	+	7	(										-			-				

№ мед. карты 

		-					
--	--	---	--	--	--	--	--

В случае если медицинские услуги оказывались не Вам, укажите данные пациента:

Фамилия																				
Имя																				
Отчество																				
Дата рождения			.			.					г.									
ИНН (при отсутствии серия, номер дата выдачи документа, удостоверяющего личность: паспорт, свидетельство о рождении и т.д.)																				

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.