

И.о.главного врача ГБУЗ
«Стоматологическая поликлиника города
курорта Геленджик»
Ю.Н.Парасиди

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/моему супругу (супруге)/родителю/ребенку (далее – пациент) за _____ год,:

ФИО пациента полностью	
Дата рождения	
Налогоплательщик ФИО полностью Не заполнять если налогоплательщик и пациент одно лицо	
Паспорт (Налогоплательщика)	Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____
ИНН (Налогоплательщика)	
Номер телефона	

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 или направить на адрес электронной почты _____.

Приложение:

1. _____
2. _____
3. _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись налогоплательщика

Инициалы и фамилия налогоплательщика