

В бухгалтерию ООО «ПОЭМА ЗДОРОВЬЯ»
От _____

Заявление

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления налоговыми органами РФ

За _____ Год

За _____ Год

За _____ Год

ФИО налогоплательщика _____

Дата рождения налогоплательщика _____ ИНН налогоплательщика _____

1) ФИО ПАЦИЕНТА (ребенка, мужа/жены, матери/отца)
нужное подчеркнуть

Дата рождения пациента _____ ИНН пациента _____

2) ФИО ПАЦИЕНТА (ребенка, мужа/жены, матери/отца)
нужное подчеркнуть

Дата рождения пациента _____ ИНН пациента _____

3) ФИО ПАЦИЕНТА (ребенка, мужа/жены, матери/отца)
нужное подчеркнуть

Дата рождения пациента _____ ИНН пациента _____

4) ФИО ПАЦИЕНТА (ребенка, мужа/жены, матери/отца)
нужное подчеркнуть

Дата рождения пациента _____ ИНН пациента _____

Предпочтительная форма получения справки:

- Заберет налогоплательщик (при наличии удостоверения личности)
- Отправить эл.почтой по адресу: _____

Заявитель: _____ / _____ /

Дата: _____

Подпись: _____