Главному врачу

СПб ГБУЗ «Стоматологическая

поликлиника №4»

А.Г. Климову

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| От | |  |
|  |  | |

Заявление на получение справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО **пациента** | | |  | | | | |
| Дата рождения, паспорт | | |  | | | | |
| Адрес регистрации |  | | | | | | |
| Адрес фактического проживания | | | | | |  | |
| ФИО **налогоплательщика** | | | | |  | | |
| Степень родства налогоплательщика | | | | | | |  |
| ИНН налогоплательщика | | | |  | | | |
| Период оплаты |  | | | | | | |
| Контактный телефон | |  | | | | | |
| Способ получения справки  (эл. почта (указать адрес), лично) | | | | | |  | |

Копии договора и чеков, подтверждающих произведенные расходы, прилагаю.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |  |  |

Подпись расшифровка подписи