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