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

**Данные налогоплательщика**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО  |  |
| ИНН |  |
| Дата рождения |  |
| Вид документа |  |
| Серия и номер |  |
| Дата выдачи |  |
| **Данные пациента**ФИО |  |
| ИНН |  |
| Дата рождения |  |
| Вид документа |  |
| Серия и номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Период оплаты |  |
| Контактный телефон |  |
| Способ получения справки(эл. почта (указать адрес), лично (указать кассу Учреждения) |  |

Платежные документы (чеки), подтверждающие произведенные расходы, прилагаю.

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

 Подпись расшифровка подписи