

Генеральному директору  
ООО «Катарсис»  
Горбункову С.К.

\_\_\_\_\_  
*Фамилия*

\_\_\_\_\_  
*Имя*

\_\_\_\_\_  
*Отчество*

Паспортсерия\_\_\_\_\_, номер\_\_\_\_\_  
Дата выдачи\_\_\_\_\_  
Кем\_\_\_\_\_

выдан\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Конт. телефон\_\_\_\_\_  
ИНН\_\_\_\_\_  
E-mail\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку установленного образца об  
оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы  
Российской Федерации

За период\_\_\_\_\_, кому\_\_\_\_\_  
ФИО, указать родство, мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу)  
ФИО пациента (полностью)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Дата рождения пациента\_\_\_\_\_

Готовую справку для получения предоставить:

на e-mail

Получу лично в стоматологии «Мега Дент Премиум»

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись