

Генеральному директору
ООО «Лидер Денто»
Архиповой Ольге Владимировне
от _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг
для представления в налоговый орган за **20** ____ год.

ФИО налогоплательщика _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.

ИНН* налогоплательщика _____

Паспорт* серия _____ № _____ дата выдачи _____

ФИО лица, которому оказаны медицинские услуги _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.

ИНН* лица, которому оказаны медицинские услуги _____

Паспорт* серия _____ № _____ дата выдачи _____

☐ Прошу скан справки направить по электронной почте

☐ Прошу выдать справку доверенному лицу

ФИО _____

Паспорт серия _____ № _____ дата выдачи _____

дата ____ . ____ .20 ____ г.

_____ (_____)
подпись

ФИО

* заполняется номер ИНН или данные паспорта