

**В бухгалтерию ЛПУ «Родильный дом № 2»  
от налогоплательщика  
(на кого выписывается справка)**

---

*фамилия*

---

*имя*

---

*отчество*

---

*дата рождения*

---

*паспорт: серия, №, дата выдачи*

---

*ИНН*

---

*телефон*

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации, оказанных:

---

*фамилия, имя отчество пациента, дата рождения)*

---

за \_\_\_\_\_ год

---

*дата*

---

*подпись*

*Примечание* \_\_\_\_\_

---

---

- документы направить в ИНФС\* (за 2024-2025 года)
- заберу документы лично\*\*

**В случае отсутствия подписанного информированного согласия , справку получаете лично при посещении «Роддома на Фурштатской»**

\* справка об оплате мед.услуг будет доступна в «Личном кабинете налогоплательщика для физических лиц»

\*\* срок хранения документов 1 месяц с даты уведомления о готовности документов