

Директору ООО «Медицинский центр  
ЕВРОМЕД»

Тиньковой Наталье Юрьевне

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество налогоплательщика, дата рождения)

за пациента \_\_\_\_\_

(ФИО полностью, дата рождения)

Паспортные данные налогоплательщика

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_,

дата выдачи \_\_\_\_\_

Паспортные данные (св-ва о рождении) пациента

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

ИНН налогоплательщика: \_\_\_\_\_

ИНН пациента \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

(указать номер контактного телефона)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для  
предоставления в налоговые органы Российской Федерации за  
\_\_\_\_\_ год.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)