

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)