

Главному бухгалтеру

ГБУЗ «ВОКБ №3»

Лопатиной С.И.

от _____

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации на имя налогоплательщика

Налогоплательщик:

ФИО _____

ИНН _____ Дата рождения _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

За лечение

Пациент: с указанием степени родства, если оплачивалось за родственника:

супруга, супруг, дочь, сын - до 18 лет или до 24 лет если очное обучение, мать, отец:

ФИО _____

ИНН _____ Дата рождения _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

За период _____

(год)

Способ получения: _____

(указать: лично, по электронной почте, Почтой России, через ЛК налогоплательщика и т.д.)

(дата)

(подпись)