

Главному врачу ГБУЗ ЧОПАБ
В.В. Лукину

от _____

данные физического лица (его супруга/супруги), оплатившего медицинские
услуги Ф.И.О. полностью

Дата рождения _____

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____ г. _____

Тел. _____

Заявление

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для
представления в налоговые органы Российской Федерации за _____ год.

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом: да/нет.
нужное подчеркнуть

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги:
Медицинские услуги оказаны ему(ей), супруге(у), сыну(дочери), матери (отцу)
нужное подчеркнуть

ФИО получателя услуги полностью

ИНН _____,

Сведения о документе удостоверяющем личность _____

Дата _____ подпись _____

Заявление получено " ____ " _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)