Главному врачу ЦНИЛ

Искра И.П.

 От

 Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации за период (год).

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО налогоплательщика (полностью)  |  |
| ИНН налогоплательщика  |  |
| ФИО пациента/(полностью) (супруге(у), дети до 18 лет, мать(отец)) |  |
|  |
|  |
| Телефон |  |

 Дата

Подпись