

Главному врачу
ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»
Е.В. Корчагиной

(Ф.И.О. сокращенно)

Паспорт номер _____ серия _____
Выдан (когда) _____
(кем) _____

Код подразделения _____

Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг
для предоставления в налоговые органы РФ

1. Ф.И.О. налогоплательщика (полностью) _____
2. ИНН налогоплательщика _____
3. Ф.И.О. пациента (полностью) _____
 - 3.1 Дата рождения пациента _____
 - 3.2 ИНН пациента _____ (при наличии)
 - 3.3 Паспорт номер _____ серия _____ дата выдачи _____
код подразделения _____
кем выдан _____
4. Родственная связь налогоплательщика и пациента (нужное подчеркнуть):
супруг (а), сын (дочь), мать (отец)
5. Контакты: электронная почта _____
телефон _____
6. Копии документов (договор, кассовый чек, ИНН и др.), подтверждающие произведенные расходы налогоплательщика по оплате медицинских услуг прилагаются:

Достоверность и полноту предоставленных мною данных подтверждаю.

Подпись

Дата