

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 выдач _____

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