Директору ООО «МДЦ» Елагиной Н.Н.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу Вас предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган (форма КНД 1151156).

Предоставляю данные физического лица, **оплатившего** медицинские услуги :

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество (полностью, печатными буквами) |  |
| ИНН |  |
| Серия номер паспорта |  |
| Дата выдачи паспорта |  |
| Дата рождения |  |

Предоставляю данные физического лица, **которому оказаны**  медицинские услуги :

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество (полностью, печатными буквами) |  |
| ИНН |  |
| Серия номер паспорта |  |
| Дата выдачи паспорта |  |
| Дата рождения |  |

Ознакомлен (-а) со сроком изготовления справки - 5 рабочих дней.

Справку об оплате медицинских услуг предоставлю в налоговые органы самостоятельно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, ИО) подпись