Генеральному директору
ООО «Санаторий им. М.В. Фрунзе»
Некрасову А.М.

_____
Ф.И.О.(налогоплательщика полностью)

_____
проживающего _____
_____

конт. телефон_____

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

Ф.И.О. плательщика – получателя возмещения, его ИНН _____

_____

_____
паспортные данные

Налоговый период (год) с _____по _____
Ф.И.О. пациента, который получал мед услуги:

_____
(полностью ФИО, дата рождения, степень родства, ИНН, паспортные данные/свидетельство о рождении)

_____

_____

Правильность и достоверность внесенных данных подтверждаю.

Справку прошу выслать на указанный e-mail _____
Либо почтой по адресу: _____
Лично в руки. (нужное подчеркнуть)

«___» _____202_г. _____ _____
(подпись) Ф.И.О.

*Документ заполняется в печатном виде или рукописно печатными буквами. Некорректно оформленный документ не рассматривается. Заявление принимается только после оказания медицинских услуг. Справка предоставляется в течение 30 дней после подачи заявления.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СПЕЦИАЛИСТОМ ООО «САНАТОРИЙ ИМ. М.В. ФРУНЗЕ»

№	Договор №	Дата	Сумма медицинских услуг
ИТОГО:			