Директору ООО «АТЛАНТА»

Павлюк Ольге Николаевне

от

 *(фамилия, имя, отчество, дата рождения)*

*за пациента (ФИО полностью, дата рождения)*

Паспортные данные налогоплательщика: серия номер дата выд.

Паспортные данные (св-ва о рождении) пациента серия номер дата выд.

ИНН налогоплательщика:

ИНН пациента:

телефон:

*(указать номер контактного телефона)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за

 *год.*

« » 202 г.

*(дата) (подпись) (расшифровка)*