

Главному врачу
ФГБУ «Поликлиника № 5»
Е.Б. Александровой

от _____
(ФИО налогоплательщика)
ИНН _____
Тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать мне справку об оплате медицинских услуг, оказанных мне, супругу (е), дочери, сыну, матери, отцу *(нужное подчеркнуть)* _____

_____,
(ФИО, номер медицинской карты)

по договору оказания платных медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за _____.

(указать период, в который оказывались мед. услуги)

« ____ » _____ 202__ г.

(подпись, расшифровка подписи)