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

от _____
(фамилия)
_____
(имя)
_____
(отчество (при наличии))
ИНН _____

Паспорт серия ____ номер _____
(данные указываются при отсутствии ИНН)

Дата выдачи _____

Тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать мне справку об оплате медицинских услуг, оказанных мне, супругу (е), дочери, сыну, матери, отцу *(нужное подчеркнуть)*_____
_____,
(ФИО и ИНН пациента (при отсутствии ИНН серия, номер и дата выдачи паспорта), 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)