

Директору
ООО Медицинская клиника "Орион"
Чередниченко Михаилу Львовичу

от _____
Фамилия Имя Отчество заявителя

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан _____

Дата рождения _____

ИНН _____

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг в налоговую инспекцию за 202_____ год со следующими реквизитами:

Пациент (фамилия, имя, отчество) _____

Дата рождения пациента _____ ИНН _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

Кому предоставлена услуга: заявителю; супругу (супруге); родителю; ребенку (в том числе усыновленному) в возрасте до 18 лет, ребенку (в том числе усыновленному) до 24 лет обучающемуся по очной форме обучения; подопечному в возрасте до 18 лет; бывшему подопечному в возрасте до 24 лет после прекращения опеки или попечительства, обучающемуся по очной форме обучения.

*обязательно подчеркнуть, кому оказана услуга, в противном случае справка будет признана недействительной.

Предпочтительный способ получения справки: лично в клинике/ письмом по адресу:

Копии документов:

1. Договор (дополнительное соглашение) об оплате услуг №_____ от _____ и чек об оплате.
2. Договор (дополнительное соглашение) об оплате услуг №_____ от _____ и чек об оплате.
3. Договор (дополнительное соглашение) об оплате услуг №_____ от _____ и чек об оплате.

Подпись заявителя: _____ Документы принял: _____