

Генеральному директору  
ООО «Клиника Твой доктор»  
Коломенцевой М.В.

От \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
/ФИО пациента, дата рождения/  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
/законного представителя пациента/  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(кем, когда)  
ИНН \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за оказанные мне медицинские услуги:

\_\_\_\_\_

За период \_\_\_\_\_

На сумму \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Необходимые документы прилагаю.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (подпись) (расшифровка)

Заявление принял:

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (ФИО)