

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)