

ГБУ РО «ЦМР №1» в г. Таганроге

От ФИО, дата рождения) _____

проживающего по адресу:

Тел. _____

ИНН _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Наименование документа _____

Серия и номер _____

Дата выдачи _____._____._____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать мне Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган за _____ год.

Данные физического лица, за которого мной оплачивались медицинские услуги*:

Ф.И.О. пациента, дата рождения _____

ИНН _____

Степень родства _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Наименование документа _____ Серия и номер _____

Дата выдачи _____._____._____

Справку прошу выдать на руки по адресу: г. Таганрог, ул. Фрунзе, 37-39 (бухгалтерия) перерыв с 12.00-13.00

Справку прошу отправить на электронную почту: адрес электронной почты _____

*-заполняется в случае, если пациент не является плательщиком медицинских услуг.

« _____ » _____ 202__ г. _____

(Подпись)

(Фамилия, И.О.)