

ЗАЯВЛЕНИЕ

НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕД.УСЛУГ
ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЙ ОРГАН

за какой год _____

Данные физического лица оплатившего мед.услуги:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

ИНН _____

Дата рождения _____

Документ удостоверяющий личность:

Код документа (наименование) _____

Серия и номер _____

Дата выдачи _____

Данные физического лица, которому оказаны мед.услуги

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

ИНН _____

Дата рождения _____

Документ удостоверяющий личность:

Код документа (наименование) _____

Серия и номер _____

Дата выдачи _____

достоверность сведений указанных подтверждаю:

дата _____ года

!!! (заполняется печатными буквами)