

От _____

Заявление

Прошу выдать справку за оказанные медицинские услуги для предоставления в ИФНС, за период _____ г.

ФИО плательщика _____

ИНН плательщика № _____

ФИО пациента(ов) _____

Дата _____

Подпись _____