

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 \_\_\_\_\_