

От _____

Заявление

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

ФИО плательщика _____

Паспортные данные плательщика _____

ИНН плательщика № _____

Дата рождения плательщика _____

ФИО пациента(ов) _____

Паспортные данные (или свидетельство о рождении) пациента (ов)

Дата _____

Подпись _____