ООО «Семейная стоматология

 «Крокодил Гена»

Ген.директор: Акинфиева В. Б

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИОполностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ (по форме, утвержденной совместным Приказом Минздрава России и МНС России от 25.07.2001 №289/БГ-3-04/256) за лечение оказанное (мне лично, супругу (супруге), матери (отцу), сыну (дочери):

(нужное подчеркнуть)

ФИО пациента полностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 20\_\_\_г.

В сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

ФИО пациента полностью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 20\_\_\_г.

В сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

ФИО пациента полностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 20\_\_\_г.

В сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

**Копии кассовых чеков прилагаю** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Готовые справки направлять по адресу:

1. ул. Перовская д.16
2. Прошу направить справку по почтовому адресу плательщика услуг указанном в Договоре

Я уведомлен, что срок выдачи готовой справки не позднее «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/