

Главному врачу ООО «Бизнес центр АРБАТ»
Доценко А.А.

от _____
(фамилия)

(имя)

(отчество)

паспорт _____
(серия, номер)

Выдан _____

Дата выдачи «__» _____ г.

Зарегистрирован по адресу: _____

ИНН _____

Контактный телефон _____

Заявление

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг, оказанных

(Ф.И.О. пациента, степень родства при оплате услуг не самим пациентом)
для предоставления в налоговые органы.

Оплата медицинских услуг произведена «__» _____ г.

Копии документов, подтверждающих оплату медицинских услуг, прилагаю.

Ф.И.О. заявителя _____

Подпись _____ дата «__» _____ г.