

Генеральному директору  
ЗАО «Центральная Поликлиника «Литфонда»  
Коломенцевой М.В.

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
/ФИО пациента, дата рождения/

\_\_\_\_\_  
/законного представителя пациента/

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(кем, когда)

ИНН \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон:

\_\_\_\_\_  
E-mail:  
\_\_\_\_\_

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за оказанные мне медицинские услуги:

\_\_\_\_\_  
За период \_\_\_\_\_

На сумму \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Необходимые документы прилагаю.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ / (подпись) (расшифровка)

Заявление принял:

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)