



От \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

### Запрос

### на предоставление документов об оплате медицинских услуг

Прошу выдать Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации на имя налогоплательщика

Данные физического лица (его супруга/ супруги), оплатившего медицинские услуги (далее - налогоплательщик):

Фамилия			
Имя			
Отчество			
ИНН	Дата рождения	.	.

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги<sup>1</sup>:

Фамилия			
Имя			
Отчество			
ИНН <sup>2</sup>	Дата рождения	.	.

Сведения о документе, удостоверяющего личность:

Код вида документа	Св-во о рождении	Серия и номер	
Дата выдачи	.	.	

Документы прошу предоставить за период \_\_\_\_\_.

Готовый пакет документов прошу оставить (нужное отметить V):

- в клинике «Центральная» (ул. 30 лет ВЛКСМ, 48);
- в клинике «V.I.P» (ул. Красный Путь, 32);
- в клинике «Левобережная» (пр-кт Комарова, 11/1)

Обращаем Ваше внимание: срок изготовления документов 30 рабочих дней.

Срок хранения готовых документов не более 90 дней.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Принял регистратор: \_\_\_\_\_

1. Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом
2. ИНН указывается при наличии