## pmu62@zdrav.mos.ru Главному врачу ГБУЗ «МГОБ №62 ДЗМ»

Каннеру Д.Ю.

## от

Фамилия

Имя

Отчество

ЗАЯВЛЕНИЕ

## Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

**Ф.И.О. налогоплательщика** (того, кто будет возмещать налог)

# Дата рождения

**ИНН** либо **данные документа, удостоверяющего личность** (серия и номер, дата выдачи)

**Ф.И.О. пациента** (кому оказаны услуги): заявителю, супругу (супруге), сыну(дочери) отцу(матери)

# Дата рождения

**ИНН** либо **данные документа, удостоверяющего личность** (серия и номер, дата выдачи)

**Налоговый период** (за какой год оформляем справку)

# Телефон заявителя:

## Способ получения справки (лично, выдача доверенному лицу):

 « » 20 г.

## дата запроса подпись расшифровка

***Уважаемые пациенты, обратите внимание: справка формируются в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения***