

пациенты несовершеннолетние дети и/или родители-пенсионеры

Главному врачу БУЗОО «ГКСП № 1»
Матешуку А.И.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, налогоплательщик _____

(ФИО, телефон)

ИНН _____ дата рождения _____

прошу выдать СПРАВКУ об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за период _____

Пациент (ФИО, степень родства) _____

ИНН пациента _____ дата рождения пациента _____

Документ пациента, удостоверяющий личность (**заполняется при отсутствии ИНН пациента**)
вид документа _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Информирован, что в связи с наличием технической возможности, сведения предоставляются в электронной форме в течение 30 календарных дней с даты подачи заявления.

Примечание _____

« _____ » _____ 20 _____
(подпись) (ФИО)

Принято заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг

« _____ » _____ 20 _____