

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫДАЧУ СПРАВКИ

об оплате медицинских услуг в ГАУЗ АО «Архангельская областная
клиническая стоматологическая поликлиника»

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для
представления в налоговый орган за 202 год
Медицинская помощь была получена в подразделении(ях) по адресу:

Налогоплательщик:

Фамилия
Имя
Отчество
Дата рождения
ИНН

Заполняется в случае если налогоплательщик и пациент не являются одним
лицом.

Отношение к налогоплательщику: супруг (супруга), сын (дочь), отец (мать)

Физическое лицо, которому оказаны медицинские услуги:

Фамилия
Имя
Отчество
Дата рождения
ИНН

Достоверность и полноту сведений, указанных настоящим заявлением,
подтверждаю

ФИО _____

Прошу уведомить о готовности справки по:

телефону +7 _____

Дата _____ Подпись _____