

В бухгалтерию ООО «Добрый доктор»

Заполняется печатными буквами

Ф.И.О. Плательщика _____

ИНН _____

Адрес _____

Ф.И.О. пациента (полностью) _____

Дата рождения пациента _____

Степень родства (дочь, сын, жена, муж) _____

Контактный телефон _____

Заявление

Прошу, предоставить справку, об оказанных медицинских услугах за период _____ (год), для предоставления в налоговые органы РФ.

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

Дата договора _____ Сумма _____

_____ дата _____ (_____) подпись