

Директору ООО «ММЦ «УРО-ПРО»

Кашинской И.П.

от пациента _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вас выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для получения социального налогового вычета на руки / почтовым отправлением (нужное подчеркнуть)

ФИО налогоплательщика _____

ИНН налогоплательщика _____

Справку выдать за период (указать год /годы) _____

Адрес при необходимости направления справки почтовым отправлением на имя пациента / налогоплательщика (нужное подчеркнуть) :

почтовый индекс _____, область / республика _____,

город _____,

улица _____,

дом _____, корпус _____, строение _____, квартира _____

Подпись пациента _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Контактный телефон пациента / налогоплательщика (нужное подчеркнуть)

_____ для информирования о готовности справки