



Исполнительному директору
ООО «Медлайн Рязань»
Ермаковой А.В

От (Ф.И.О. полностью) _____

Телефон: _____

Заявление

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Медлайн Рязань»

Ф.И.О. пациента _____

(мне, супруг (а), сын (дочь), отец (мать))

Дата рождения пациента _____

Ф.И.О. налогоплательщика _____

ИНН налогоплательщика _____

Отчетный период _____

Требуется ли восстановить Договор _____

Дата заполнения: _____

Подпись: _____ / _____ /