Генеральному директору

ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД»

Метелкину А.И.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(пациент)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ (по форме, утвержденной совместным Приказом Минздрава России и МНС России от 25.07.2001 №289/БГ-3-04/256) за лечение оказанное (мне лично, супругу (супруге), матери (отцу), сыну (дочери):

(нужное подчеркнуть)

ФИО пациента полностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 20\_\_\_г.

.

Готовые справки направлять по адресу:

1. ул. Савушкина, д. 8, корп. 2
2. ул. Савушкина, д. 12, лит. А
3. ул. Савушкина, д. 14, лит. А
4. Средний пр-кт В.О., д. 48/27
5. ул. Олеко Дундича, д. 17, корп. 1
6. ул. Адмирала Трибуца, д. 5, лит. А
7. ул. Федора Абрамова, д. 17
8. Прошу направить справку по почтовому адресу плательщика услуг, указанному в Договоре.

Я уведомлен, что срок выдачи готовой справки не позднее «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_201\_г.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/