

Общество с ограниченной ответственностью
«Международный Центр Фертильности»

Генеральному директору
ООО «Международный Центр Фертильности»
О.Г. Зайцевой

от _____
(Ф.И.О. пациента)
дата рождения _____
паспорт серия _____ № _____
дата выдачи _____
выдан _____

проживающей по адресу _____

ИНН (пациента) _____
телефон _____

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления
в налоговые органы Российской Федерации за _____ год и оформить ее на имя

(Ф.И.О. полностью)

Если налогоплательщик и пациент не одно лицо:

ИНН налогоплательщика _____

дата рождения _____

паспорт серия _____ № _____

дата выдачи _____

выдан _____

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)