

Главному врачу  
БУЗОО «ИКБ № 1 имени  
Далматова Д.М.»  
И. М. Толох

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

### Заявление

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг за мою (моего) дочь, сына, мать, отца, супруга, супругу за 20 \_\_\_\_ год (нужное подчеркнуть) для представления в налоговый орган.

#### **ФИО налогоплательщика**

\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

**ФИО пациента** \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_