

Главному врачу
ГАУЗ АО "ВСП"
Шестаковой Л.Н.

от _____

ИНН _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг стоимостью

_____ (сумма прописью)

оказанные мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу) _____

_____ (ФИО полностью)

дата рождения : _____

для представления в налоговую инспекцию РФ, согласно представленных документов:

1.Чек	номер	_____	дата	_____	сумма	_____
2.Чек	номер	_____	дата	_____	сумма	_____
3.Чек	номер	_____	дата	_____	сумма	_____
4.Чек	номер	_____	дата	_____	сумма	_____
5.Чек	номер	_____	дата	_____	сумма	_____
6.Чек	номер	_____	дата	_____	сумма	_____

_____ (дата заявления)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)