

Главному врачу

ПАО «Клиника К+31»

Чурадзе Б.Т.

от (Ф.И.О.) _____

**ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

1. Ф.И.О. налогоплательщика (полностью) _____

2. ИНН налогоплательщика _____

3. Ф.И.О. пациента (полностью) _____

4. Контакты:

e-mail: _____

контактный телефон: _____

адрес (для почтового отправления): _____

Форму заполнил: _____ (ФИО, дата)

Документы

принял: _____

_____ (должность/ФИО/дата)