Главному врачу

ООО «Хозрасчетная стоматологическая поликлиника»

Абрарову И.Р.

от

*(Фамилия, имя, отчество заявителя) ДАТА РОЖДЕНИЯ*

Паспорт серия №

дата выдачи . . 20

ИНН:

Телефон:

E-mail:

*(обязательно для заполнения)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг по форме КНД 1151156, утв. Приказом ФНС России от 08.11.2023 N ЕА-7-11/824@, в отношении пациента:

меня лично

моего/моей

*(указать степень родства пациента с заявителем – жена, муж, дочь, сын и т.п.)*

# Сведения о пациенте (заполняются, если пациент и заявитель – не одно лицо):

Фамилия, имя,

Отчество

Паспорт серия № дата выдачи ИНН

Дата рождения

Период, за который выдается справка

# Готовую справку прошу (*выбрать один пункт*):

# - выдать на руки по адресу : г Уфа, ул.Маршала Жукова , 4/1;

# - выгрузить напрямую в ФНС;

# - отправить скан на e-mail.

# Я уведомлен(а), что срок выдачи готовой справки – 30 календарных дней.

/ /

*(подпись) (расшифровка подписи)*

Дата: