|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ООО «СИБЛАБДИАГНОСТИКА»  Бубенчиковой Олесе Александровне  От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО налогоплательщика полностью, разборчиво)  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг, оказанных в **2024** году, для предоставления в налоговый орган.

1. Информация **о налогоплательщике**:

**ФИО:**

**Дата рождения:**

**ИНН:**

**Паспорт (серия, номер):**

**Дата выдачи:**

1. Информация **о пациенте (если пациент и налогоплательщик совпадают, то указать только ФИО)**:

**ФИО:**

**Дата рождения:**

**Кем приходится налогоплательщику:**

**ИНН:**

**Паспорт/свидетельство о рождении (серия, номер):**

**Дата выдачи:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Дата*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Подпись*