

Главному врачу СПб ГБУЗ КДЦД  
Сосниной И.Б.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ФИО налогоплательщика полностью)

\_\_\_\_\_

(сведения о документе, удостоверяющем личность)

\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата выдачи)

\_\_\_\_\_

(ИНН<sup>2</sup>)

\_\_\_\_\_

(дата рождения)

\_\_\_\_\_

(контактный телефон)

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган

за период с 20\_\_\_\_г. по 20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_

(ФИО пациента полностью)

\_\_\_\_\_

(сведения о документе, удостоверяющем личность)

\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата выдачи)

\_\_\_\_\_

(ИНН<sup>2</sup>, дата рождения)

Справку прошу \_\_\_\_\_  
(выдать на руки, направить на электронную почту (указать адрес), направить в МИФНС № 27)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись)

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии

<sup>2</sup> ИНН указывается при наличии