

Директору ООО «Камчатская неврологическая клиника» Терешовой С. А.

От: фамилия _____

имя _____

отчество _____

ИНН _____

Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне пакет документов о предоставлении медицинских услуг за период _____ для предоставления в ИФНС.

ФИО пациента _____

ФИО налогоплательщика _____

Кем пациент приходится плательщику (сын, муж, мать и т. д.) _____

Дата

Подпись