*УБЕДИТЕЛЬНАЯ ПРОСЬБА ЗАПОЛНЯТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ*

*ВО ИЗБЕЖАНИЕ ОШИБОК ПРИ ОФОРМЛЕНИИ СПРАВКИ*

В бухгалтерию ООО МЦК «БьютиМед»

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

*ФИО*

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

*ИНН*

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

*Номер телефона*

*Заявление*

*Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ. Медицинские услуги были оказаны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*ФИО пациента*

*К заявлению прилагаю копии документов об оплате:*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

*«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*