



Директору ООО «АНЧЕЛ» (клиники «ЗДОРОВЬЕ»)

Антипову А.Л.

От налогоплательщика _____

(ФИО полностью, дата рождения)

ИНН _____

Паспорт _____

(серия, номер)

Выдан _____

(кем, когда)

Номер телефона _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы за _____ год(ы)

Оказанные _____

(мне, супругу(е), сыну/дочери, матери/отцу с указанием ФИО и даты рождения).

Способ получения справки: при обращении в клинику / отправить почтой по адресу:

Дата составления _____

Подпись _____