Генеральному директору ООО «Стоматолог 32»
Титовой Марии Владимировне
Ф.И.О. налогоплательщика _____
_____
_____ дата рождения (полностью)
Ф.И.О. пациента_____
_____
_____ дата рождения (полностью)
Адрес: _____
_____
_____
Паспортные данные: _____
_____
_____
ИНН _____

Заявление

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг по договору № _____ от «____» _____ 20___ г. по форме, утвержденной Приказом Минздрава России № 289, МНС России № БГ-3-04/256 от 25.07.2001 г. для предоставления по месту требования за _____ год.

О готовности документов прошу уведомить по телефону _____.

«____» _____ 20___ г.

_____/ _____/.
(подпись) (ФИО)