Главному врачу

 Государственного бюджетного учреждения

 здравоохранения Калининградской области

 «Городская стоматологическая поликлиника»

 Шлегелю Юрию Валерьевичу

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО налогоплательщика полностью

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

 ИНН:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

 Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации (утверждена приказом Минздрава РФ от 25.07.2001 №289/БГ-3-04/256).

 К заявлению прилагаю оригиналы\* Договора (-ов) об оказании платных медицинских услуг и Акт (-ы) выполненных работ с кассовым (-ми) чеком (-ами).

 Приложение:

 Договор об оказании платных медицинских услуг №\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_;

 Договор об оказании платных медицинских услуг №\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_;

 Договор об оказании платных медицинских услуг №\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_;

 Акт (-ы) выполненных работ с кассовым (-ми) чеком (-ами) в количестве\_\_\_\_\_\_\_\_штук.

**\*оригиналы Договора (-ов) об оказании платных медицинских услуг и Акт (-ы) выполненных работ с кассовым (-ми) чеком (-ами) на бумажной основе будут возвращены заявителю в момент получения Справки.**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 число месяц год