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