

Генеральному директору

АО «Семейный доктор»

Графовой Ю.В.

от

ИНН

Заявление

Прошу выдать справку об оплате разовых медицинских услуг на общую сумму:

.....
.....

оказанных*:

.....
.....
.....

для предоставления в налоговые органы РФ (копия паспорта и чеков прилагаются),

Справку прошу передать в Поликлинику № _ _ _

Подпись

Дата

Контактный телефон:

.....

Принял:
(должность)

.....

(Ф.И.О.)

Дата:

Поликлиника №: