

Главному врачу
ГБУЗ СК «ГКДСП» города Ставрополя
К.Ю. Деминой

От _____

Дата рождения «__» _____ г.

ИНН _____

СНИЛС _____

Паспорт серия _____ № _____

Дата выдачи «__» _____ г.

Кем выдан _____

Код подразделения _____

Адрес регистрации _____

Тел. _____

Заявление.

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг за период _____ г.
для предоставления в налоговый орган на детей:

ФИО ребенка, дата рождения, свидетельство о рождении (серия, номер и дату выдачи), ИНН при наличии

ФИО ребенка, дата рождения, свидетельство о рождении (серия, номер и дату выдачи), ИНН при наличии

ФИО ребенка, дата рождения, свидетельство о рождении (серия, номер и дату выдачи), ИНН при наличии

ФИО ребенка, дата рождения, свидетельство о рождении (серия, номер и дату выдачи), ИНН при наличии

ФИО ребенка, дата рождения, свидетельство о рождении (серия, номер и дату выдачи), ИНН при наличии

дата

подпись расшифровка