



**Общество с ограниченной ответственностью
«Медицина плюс»**

455045, Челябинская обл., г. Магнитогорск, ул. Ворошилова, д.10, корп.1
Тел./факс: (3519) 54-00-77
ИНН/КПП 7455000134/745501001, ОГРН : 1107455000102, БИК 046577964
Расч.сч.40702810238070001413, Филиал «Екатеринбургский АО «Альфа-Банк»
корр.сч. 30101810100000000964

Директору

ООО «Медицина плюс»

Поромошкиной С.Д.

от _____

(ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Налогоплательщик **ФИО полностью:** _____

Дата рождения налогоплательщика: _____

ИНН налогоплательщика: _____

КОМУ Мед.услуги оказаны: **ФИО, дата рождения:**

1. _____

2. _____

3. _____

Период, подлежащий возврату: _____

Контактный телефон: _____

Дата _____

Подпись _____