

**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: _____

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги:

ФИО полностью: _____

Дата рождения: _____

ИНН: _____

Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи): _____

Период, подлежащий возврату: _____

Контактный телефон: _____

Дата _____

Подпись _____