Главному бухгалтеру

Индивидуального предпринимателя

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(название медицинской организации)*Шишко Динары Гумаровны |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Фамилия, имя, отчество Пациента полностью)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Контактный телефон)* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить копии лицензий на осуществление медицинской деятельности и справку об оплате медицинских услуг, оказанных мне в период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. у Индивидуального предпринимателя Шишко Динара Гумаровна ,

Название медицинской организации

на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Справка требуется для предоставления в налоговые органы РФ.

Справку прошу оформить на имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О., степень родства

ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Налогоплательщиком может выступать как сам пациент, так и его супруг(а), отец(мать), дочь(сын))

Приложения:

* копия паспорта основной разворот + адрес места жительства (для сверки данных в договоре);
* копия свидетельства ИНН налогоплательщика;
* копия договора (договоров) по факту оказания медицинских услуг;
* копия приложений к договору и кассовых чеков на общую сумму запрашиваемой справки.

**Раздел заполняется в случае отсутствия у пациента каких-либо документов, подтверждающих оплату услуг**

В связи с утерей документов, прошу Вас выдать за \_\_\_\_\_\_\_\_ год копии следующих документов:

* Договор на оказание платных медицинских услуг населению,
* Перечень оказанных услуг,
* Акты выполненных работ.
* Справку заберу лично
* Отправить мне почтой на адрес **(только для иногородних)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый индекс, адрес)

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принято: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия И.О. Администратора-кассира Подпись: