Директору ООО «ЛадаДент»
Лада Елене Николаевне
от _____
_____
_____

Заявление

Я _____,

Дата рождения:_____ ИНН:_____

Паспорт: Серия: _____ №_____ кем выдан _____

_____

Дата выдачи паспорта _____ КП _____

Адрес регистрации:_____

_____

_____

Контактный телефон:_____

Прошу Вас выдать мне **СПРАВКУ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** для предоставления в Налоговые органы Российской Федерации, оказанные мне, либо супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу)
(нужное подчеркнуть)

_____
(Ф.И.О родственника полностью)

За период: _____

_____ _____ _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)