

Главному врачу  
ФГБУ «Поликлиника №3»  
Шараповой Е.И.

от \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

ИНН \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

№ тел. \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас выдать мне справку об оплате медицинских услуг, оказанных:  
мне,            супругу(е),            дочери,            сыну,            матери,            отцу

\_\_\_\_\_

(ФИО)

**Номер договора** \_\_\_\_\_

**ИНН** \_\_\_\_\_ **СНИЛС** \_\_\_\_\_

для предоставления в налоговые органы (утверждена Приказом Минздрава  
России и МНС России от 25.07.2001г. № 289 (БГ-3-04/256)) за \_\_\_\_\_ год.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)