

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

от \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_

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 ФНС России №ЕА-7-11/824@ от 08.11.2023г.) за **2024** год.

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

\_\_\_\_\_ (подпись)