

Главному врачу «ГБУЗ СОДКБ им. Н. Н.  
Ивановой» Галаховой О. О.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

ИНН \_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу:

**Заявление**

Прошу предоставить **Справку** об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в «ГБУЗ СОДКБ им. Н. Н. Ивановой». Прилагаю следующие документы об оплате (копии):

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

Документы прошу отдать **лично/по доверенности**

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)