



Генеральному директору  
ООО «ЗУБЦОФФ»  
Зубцовой Юлии Александровне

от \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг по форме КНД 1151156, утв.приказом ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@, в отношении пациента:

Меня лично

Моего (Моей) \_\_\_\_\_

(указать степень родства пациента с заявителем – жена, муж, дочь, сын и т.п.)

**Сведения о пациенте** (заполняются, если пациент и заявитель не одно лицо)

ФИО \_\_\_\_\_

Тип документа \_\_\_\_\_  
(Паспорт или Свидетельство о рождении)

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_

Период за который выдается справка \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Я уведомлен(а), что срок выдачи готовой справки 10 рабочих дней.