

Тел: 8(939)900-54-98

Заявление на предоставление справки в ФНС

Плательщик

ФИО _____ д.р. _____

Паспортные данные: _____ № _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____

код под-я _____

ИНН _____

Период _____

Пациент

ФИО _____ д.р. _____

Паспортные данные (св-во о рождении): _____ № _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____ код под-я _____

ИНН _____

Период _____

Пациент

ФИО _____ д.р. _____

Паспортные данные (св-во о рождении): _____ № _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____ код под-я _____

ИНН _____

Период _____

Дата _____

подпись _____

Стоматология _____ / Имплантация _____

Профильные _____

Анализы _____

* отметить галочкой получаемые услуги