

В Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Ставропольского края  
«Краевая детская клиническая больница»  
г. Ставрополь, ул. Семашко, д.

\_\_\_\_\_  
Ф. И. О. заявителя  
\_\_\_\_\_

## Заявление

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ СК «КДКБ»

ФИО пациента \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
документ удостоверяющий личность: \_\_серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Свидетельство о рождении (паспорт)  
дата выдачи \_\_\_\_\_ кем выдан(о) \_\_\_\_\_

ИНН пациента (при наличии) \_\_\_\_\_

ФИО налогоплательщика \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_

Отчетный период \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.