

Главному врачу ГБУЗ НО «КДЦ»

О. Ю. Гудушиной

от _____

(Ф.И.О., дата рождения заявителя)

паспорт: _____

адрес: _____

Заявление

Прошу Вас восстановить договор и заказы, об оплаченных медицинских услугах за период (_____) и подготовить справку для предоставления в налоговые органы .

ФИО пациента _____

ФИО налогоплательщика _____

ИНН налогоплательщика _____

Эл. почта _____

Контактный телефон _____

Дата обращения _____

Подпись _____