

Генеральному директору  
АО «ККДЦ»  
Синюковой В.Н.

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫДАЧУ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

1. **Ф.И.О. Налогоплательщика** (полностью) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Дата рождения налогоплательщика \_\_\_\_\_

3. ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_

Или

Серия, номер, дата выдачи паспорта налогоплательщика  
\_\_\_\_\_

4. Код пациента (налогоплательщика) \_\_\_\_\_

5. **Ф.И.О. пациента** (полностью) \_\_\_\_\_

6. Дата рождения пациента \_\_\_\_\_

7. ИНН(пациента) \_\_\_\_\_

Или

Серия, номер, дата выдачи паспорта (св-во о рождении) пациента  
\_\_\_\_\_

8. Код пациента \_\_\_\_\_

9. Год оказания медицинской услуги \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_