



Директору ООО «ММЦ «Клиника профилактики» Халатаеву А.С.

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении справки(и)\*  
об оплате медицинских услуг для оформления социального вычета

ФИО заявителя	
Номер сотового телефона	
ФИО пациента	
Родство	
За какие годы	20_____ / 20_____ / 20_____ / 20_____

Прилагаю копию ИНН.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\*Срок готовности справки до 5х рабочих дней.