



АО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР РАМИ»

191014, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, УЛ. КИРОЧНАЯ, 13, ЛИТ. А, ПОМ. 16-Н
ИНН/КПП 7825679308/784101001
RECEPTION@RAMI.SPB.RU +7(812)627-13-13

WWW.RAMI.CLINIC

ЗАЯВЛЕНИЕ

на получение справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг за _____ год

Ф.И.О. ПАЦИЕНТА, получившего медицинские услуги:

дата рождения:

Ф.И.О. НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (если налогоплательщик – не пациент):

дата рождения:

ИНН НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА:

Паспортные данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА:

серия: _____ номер: _____

дата выдачи паспорта: _____

Прошу выслать справку на электронную почту: _____

Дата подачи заявления: _____

Подпись заявителя: _____